

***Le vécu du personnel infirmier en hôpital  
psychiatrique lors de soins au long cours***

*Une revue de littérature étoffée*

TRAVAIL EN VUE DE L'OBTENTION DU TITRE DE BACHELOR OF SCIENCES  
HES-SO EN SOINS INFIRMIERS

Par

**Lucie Magnin**

Promotion 2009-2012

Sous la direction de : Deborah Perrinjaquet

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**

Filière soins infirmiers

Le 2 juillet 2012

## RESUME

**But :** l'objectif premier de cette revue de littérature est de comprendre le concept de chronicité en psychiatrie et d'explorer le vécu et le ressenti des soignants lors de soins au long cours. Il s'agira deuxièmement de savoir comment le personnel infirmier arrive à donner du sens à son rôle dans l'accompagnement de personnes ayant des troubles mentaux chroniques en expliquant les stratégies défensives pour ne pas s'épuiser.

**Méthode :** 11 recherches scientifiques ont été sélectionnées dans les banques de données PubMed, Medline ainsi que dans la bibliographie de certains articles trouvés sur ces bases de données. Ces recherches majoritairement qualitatives respectent des critères précis de sélection. A l'aide de grilles de lecture critique (cf annexe D), l'auteure a synthétisé puis catégorisé les résultats de ces articles. Ceux-là seront discutés en lien avec deux cadres de références qui sont le coping et la psychodynamique du travail.

**Population cible :** le personnel infirmier hospitalier s'occupant d'adultes ayant de graves et persistants troubles mentaux.

**Résultats :** les résultats sont catégorisés en 6 thèmes qui permettent d'exposer le vécu du personnel soignant en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours. Ils démontrent la difficulté des soignants à accompagner dans la durée et à maintenir la relation thérapeutique avec des patients atteints de graves troubles mentaux. Par exemple, le contexte organisationnel, le stress, l'irréversibilité, le manque de clarté quant au rôle infirmier en psychiatrie et le besoin de prise en charge médicale-sociale-personnelle des patients, (...), sont d'autant d'éléments qui usent le personnel infirmier et qui le pousse à utiliser des stratégies et attitudes défensives pour durer dans les soins. La plupart ont malheureusement des effets néfastes sur la capacité des soignants à donner des soins de qualité.

**Conclusion :** ce travail met en avant les dysfonctionnements dans l'accompagnement de personnes ayant des maladies psychiatriques chroniques. Des changements dans les façons de penser et dans l'organisation doivent encore se faire. L'auteure pense que ce sujet mériterait d'autres recherches pour préciser les contours de ce type de prise en charge et que les soignants devraient bénéficier de nouvelles formations.

**Mots-clés :** Long-term care ; Mental disorders ; Chronic disease ; Psychiatry ; Nurse-patient relations ; Case management ; Psychiatric ward.

## **REMERCIEMENT**

Je tiens à remercier tout d'abord Madame Deborah Perrinjaquet, directrice du travail de Bachelor, pour son authenticité, sa disponibilité, ses encouragements et ses précieux conseils pour l'élaboration de cet écrit.

Mes remerciements vont aussi à mes inestimables relecteurs, Sylvie Magnin, Guy Magnin et Maria Magnin pour le temps consacré à corriger mon travail, ainsi qu'à Emilie Romanens pour son aide dans la traduction d'articles scientifiques.

Je finirai par remercier mon conjoint, Frédéric Jaquet, pour sa patience, sa compréhension et son renoncement à d'innombrables activités annexes pour pouvoir me laisser réaliser ce travail dans de bonnes conditions et dans le temps imparti. Je le remercie également pour son soutien lors de moments difficiles car il a toujours su trouver les mots pour me motiver et me donner du courage.

## TABLE DES MATIERES

RESUME .....	2
REMERCIEMENT .....	3
INTRODUCTION .....	7
1. PROBLEMATIQUE.....	8
1.1 Enoncé du problème .....	8
1.2 Question de recherche .....	14
1.3 But et objectifs poursuivis .....	14
2. CADRE CONCEPTUEL.....	16
2.1 Concepts-clés.....	16
3. CADRE DE RÉFÉRENCE.....	20
3.1 Le coping .....	20
3.2 La psychodynamique du travail.....	22
3.3 Lien entre la stratégie de coping et la psychodynamique du travail.....	25
4. MÉTHODOLOGIE .....	28
4.1 Type d'étude : la revue de littérature.....	28
4.2 Mots clés.....	29
4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion .....	30
4.4 Stratégies de recherche .....	30
4.4.1 Stratégie 1 .....	30
4.4.2 Stratégie 2 .....	30
4.4.3 Stratégie 3 .....	31
4.4.4 Stratégie 4 .....	31
4.4.5 Stratégie 5 .....	31
4.4.6 Stratégie 6 .....	31
4.4.7 Stratégie 7 .....	32

4.4.8	Stratégie 8 .....	32
4.4.9	Stratégie 9 .....	32
5.	RESULTATS.....	33
5.1	Les maladies mentales graves et persistantes .....	34
5.2	Le rôle infirmier en psychiatrie .....	36
5.3	Les difficultés de la relation soignant-soigné au long cours .....	37
5.4	Le stress et l'épuisement professionnel .....	40
5.5	L'environnement en hôpital psychiatrique .....	42
5.6	Les stratégies et attitudes soignantes pour contrer la chronicité des soins au long cours.....	44
6.	DISCUSSION.....	48
6.1	Regard critique sur les études retenues.....	48
6.2	Discussion des résultats en lien avec les cadres théoriques.....	50
6.2.1	La difficulté de la relation et le stress professionnel .....	50
6.2.2	L'organisation du travail et son incidence sur la santé des soignants ..	51
6.2.3	Durer dans les soins .....	53
6.3	Réponse à la question de recherche .....	54
7.	PERSPECTIVES .....	57
7.1	Implications et recommandations pour la pratique.....	57
7.2	Recherches ultérieures .....	57
	CONCLUSION.....	59
	BIBLIOGRAPHIE.....	60
	ANNEXES .....	64
	ANNEXE A : Déclaration d'authenticité .....	64
	ANNEXE B : Concepts de la psychodynamique du travail selon Alderson .....	65
	ANNEXE C : Les phases du processus de recherche.....	72
	ANNEXE D : Grille de lecture critique des articles scientifiques.....	73

ANNEXE E : Diagramme de présentation des recherches.....	74
ANNEXE F : Tableau de synthèse des recherches.....	75
ANNEXE G : Grille d'analyse de recherches .....	77
Recherche 1 .....	77
Recherche 2 .....	81
Recherche 3 .....	88
Recherche 4 .....	93
Recherche 5 .....	97
Recherche 6 .....	103
Recherche 7 .....	109
Recherche 8 .....	114
Recherche 9 .....	120
Recherche 10 .....	125
Recherche 11 .....	130

# INTRODUCTION

Au jour d'aujourd'hui, les soins sont de plus en plus centrés sur la brièveté des hospitalisations et ceci est l'un des symptômes de notre époque. Chemla (2010) évoque même le terme de « marchandisation de l'humain ».

Pourtant, selon Lantéri-Laura (1997), si l'on prend le contexte de la psychiatrie, la chronicité des maladies mentales occupe toujours une place majeure. Pour Muldworf, c'est ce concept qui est au cœur même de l'usure des soignants. Avec le temps, bien souvent les patients se désinvestissent des soins et les soignants s'épuisent. Comment concevoir son rôle infirmier lorsque l'action thérapeutique devient inefficace, les projets échouent, l'équipe ne sait plus quoi faire et que des sentiments tel l'impuissance, le désespoir et l'ennui nous envahissent ? Le rôle du soignant finit par se vider de son sens (2010).

Lors de son stage en psychiatrie, l'auteure a été confrontée à plusieurs types de pathologies notamment les psychoses. Certains éléments l'ont marqué comme la difficulté à gérer et accompagner ces patients surtout lors du déclin des fonctions cognitives, sociales et émotionnelles. Par exemple, les symptômes tels la perte de motivation, la pauvreté du langage, la perte de plaisir ou la difficulté de concentration sont des symptômes qui ont des conséquences délétères sur la qualité de vie et qui durent dans le temps. L'auteure avait l'impression d'être sans arrêt dans l'échec, l'impuissance et la maternance. Elle pensait que la guérison n'était pas envisageable et que ces patients resteraient rattachés aux soins psychiatriques toute leur vie. Beaucoup de réponses restaient donc en suspend quant aux ressentis et aux stratégies des infirmiers/ères dans l'accompagnement des patients atteints de troubles mentaux chroniques. C'est par ce questionnement que l'auteure a choisi son sujet.

Cette revue de littérature étoffée propose, à l'aide de 11 recherches scientifiques, d'explorer le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours. En s'appuyant sur des concepts et connaissances théoriques, l'auteure va rassembler puis catégoriser les résultats de ses recherches. Ceux-là seront discutés en lien avec deux cadres de références. L'auteure mettra finalement en évidence les implications et recommandations pour la pratique. Ses apprentissages lors de la réalisation de cette revue seront également énoncés dans la conclusion.

# 1. PROBLEMATIQUE

## 1.1 Enoncé du problème

Pour comprendre le sens et le vécu de la chronicité en hôpital psychiatrique et pour comprendre l'usure des soignants face à celle-ci, il faut d'abord parler de la spécificité de la psychiatrie elle-même. Il est essentiel de prendre en compte l'ensemble du contexte de la psychiatrie, en se référant aussi bien aux aspects institutionnels que relationnels.

Les *soins psychiatriques* se différencient dans leur contenu comme dans leur forme, des soins somatiques. Ils consistent à modifier, soutenir, accompagner le fonctionnement psychique du patient. « Ces mesures s'accompagnent d'un indispensable travail d'élaboration et d'articulation avec un appareillage conceptuel. Car il n'est pas possible de soigner sans comprendre » (Merkling, 2007, p.215). Les soins sont considérés comme un processus et il faut pour soigner, avoir des connaissances, des notions de santé mentale avec tous les aspects relationnels que cela implique.

« La *santé mentale* est une composante essentielle de la santé. La Constitution de l'OMS définit la santé comme suit: « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2011).

La *sectorisation* met en évidence « la difficulté des soignants à déployer des prises en charge cliniques complexes pour assurer un suivi au long cours de qualité » (Coldefy & al., 2010, p. 34). Il y a trois grands principes dans la sectorisation (Merkling, 2007) : Le premier est le refus de la ségrégation de la personne souffrant de troubles psychiques, le deuxième est la continuité des soins qui devait exclure les ruptures entre soins dans l'hôpital et soins hors de l'hôpital et le troisième principe est la proximité qui devait permettre à chaque personne de trouver une réponse le plus proche possible de son lieu de vie. Ce concept de sectorisation est victime de son succès et cela se voit par la saturation des dispositifs mis en place. Malgré cela, des déséquilibres et disparités mettent les soignants dans une posture difficile : l'augmentation de la demande et la baisse des effectifs. Toujours selon le même auteur (ibid.), le recours à la psychiatrie va



croissant, le nombre de personnels médicaux, comme non médicaux, n'a pas accompagné l'augmentation du nombre de patients suivis par les secteurs, ce qui a des conséquences sur le ressenti et le niveau de satisfaction des infirmières en psychiatrie. Les patients, eux, ont besoin de se retrouver dans le système. C'est pourquoi, le *travail en réseau* fait petit à petit son apparition. Il s'agit « d'une intégration coordonnée des services (médicaux, sociaux et autres supports) pour le diagnostic, le traitement, les soins, la réhabilitation et la promotion de la santé » (Di Pollina & al., 2008, cité par Weber et Sager-Tinguely, 2011, p.122). Aujourd'hui, le système de santé ne fonctionne que partiellement en réseau et les différents acteurs (soignants, juge de paix, police, assistante sociale, etc.) interviennent principalement en fonction de leurs compétences avec souvent un risque de cloisonnement et de rupture de la continuité des soins. Il est important d'avoir cette notion de réseau pour avoir une prise en charge globale. Cependant, l'auteure s'est concentrée principalement sur la prise en charge en hôpital psychiatrique.

Le *rôle de l'infirmier* en psychiatrie est difficilement définissable et ses compétences sont floues. Selon Merklings (2007),

« il est constitué par des actes plus ou moins formalisés et laisse beaucoup de place à l'initiative et à l'autonomie. Il impose au professionnel de définir les actes de son travail quotidien en comptant principalement sur ses ressources propres, c'est-à-dire, tout compte fait, sur son expérience ou sur l'expérience du groupe dans lequel il est immergé » (p.157).

Selon l'étude PRESST-NEXT (2006), 37,4% des infirmiers en psychiatrie (résidents dans des pays européens) sont insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences. Une des conséquences sur la pratique liée au flou du rôle infirmier est notamment l'homogénéisation des pratiques. Les prises d'initiative, l'intelligence de chacun et la volonté individuelle ne peuvent plus s'exprimer dans un cadre précis et s'épuisent. Par conséquent, chaque soignant revient au savoir-faire collectif qui est le seul repère clair. Le problème consiste donc en l'absence d'un rôle infirmier clair qui guiderait les pratiques individuelles. De plus, l'infirmier souffre d'une absence de reconnaissance puisque son rôle est difficilement définissable et évaluable.

Une des particularités en hôpital psychiatrique est que l'infirmier est l'outil de soin. Le *lien soignant-soigné* est donc différent des hôpitaux somatiques. Selon Morasz et al.

(2004), la souffrance du patient est directement ou indirectement un appel au lien de la part de celui-ci. Il s'agit non seulement d'identifier cette souffrance mais de s'y sentir impliqué. Inconsciemment, l'empathie vient solliciter nos émotions et sentiments que nous aurions parfois préféré garder enfouies.

« Côtayer chaque jour des patients en crise submergés par la conflictualité psychique, supporter la connaissance de sombres pronostics, ou simplement être en relation avec quelqu'un qui « souffre », met à mal chaque soignant en le sollicitant dans ce qu'il est, même s'il tente de maintenir une certaine distance » (Morasz, *ibid.*, p.107).

Il revient à dire qu'être soignant en psychiatrie est le fait de pouvoir accueillir, contenir et transformer la souffrance et les émotions de l'autre pour les lui restituer sous une forme plus compréhensive pour lui. Cependant, la difficulté du soignant dans son engagement relationnel est un facteur de risque de l'épuisement professionnel. « 90% des infirmiers exerçant en milieu psychiatrique disent avoir souffert dans leur carrière d'un burn-out dont les conséquences se sont d'abord exprimées dans leur vie personnelle » (Morasz, *ibid.*, p. 124). Ceci notamment liée à la proximité relationnelle avec les sujets en souffrance. Le syndrome d'épuisement est une pathologie caractéristique de la relation d'aide. Dans le choix de la formation d'infirmière, la relation au patient et l'envie d'aider son prochain apparaissent souvent comme l'une des motivations premières. Cependant, c'est aussi celle-ci qui est source de stress.

« Le professionnel doit quotidiennement confronter sa volonté de maintenir et améliorer la qualité de vie de son patient face aux événements tragiques comme l'annonce d'un diagnostic, le renoncement, ou même la perte. [...]. La distance entre le soignant et le soigné est donc capitale pour l'instauration d'une relation d'aide authentique et pour la protection de chacun mais elle est également délicate pour le professionnel et souvent tributaire de ses dispositions psychiques et physiques » (Pellet & Lima, 2011, p.51).

Parlons ensuite du soignant et de son rapport au *temps*. Il semble qu'il y ait un lien étroit entre la *quotidienneté* et la chronicité, la première étant souvent accusée de favoriser la seconde. Malgré le fait que la quotidienneté et la régularité soient sécurisantes pour certains patients, l'équipe soignante se retrouve dans une circularité

ou les jours se succèdent à l'identique, ou se répètent les mêmes tâches, les événements se font rares et ou les rechutes marquent la répétition. Pour les patients atteints de psychose, ceux-ci sont bouleversés dans le temps et l'espace. Les trajectoires de vie des patients sont marquées par les hospitalisations, les entretiens avec les infirmiers ou les traitements médicamenteux par exemple. Cette structure leur permet de retrouver une forme de régularité et de continuité. « En tant que soignant, il nous faut accepter de nous laisser contaminer par cette représentation d'un temps éternel, figé » (Hecktor, 2010, p.45).

Selon Bussy (2010), la « *continuité des soins* » est un accompagnement sans fin annoncée ni recherchée et susceptible de se dérouler sur du très long terme. Les soignants se retrouvent dans des relations où les acteurs de soin ne sont pas interchangeables. De par son rythme, cet accompagnement devient lent, répétitif et désintéressant.

L'effet « usant » de ce suivi au long cours amène le soignant à ressentir différents *sentiments et émotions*. L'infirmier se sent coincé entre le désir d'autonomisation pour le patient et la nécessité de maintenir ou de resserrer le cadre thérapeutique, il essaie de donner du sens à cette relation avec le patient. Selon Weber et Sager-Tinguely (2011), les soignants se soumettent à une norme de neutralité qui permet de supporter l'insupportable et de ce fait, bloquent ainsi tout ressenti et travail émotionnel. Pour pouvoir continuer à écouter, déceler, soutenir et contenir la souffrance de l'autre, le soignant met en place des mécanismes de défenses. Ils traduisent une volonté de lutte et d'évitement psychique pour se protéger. Par exemple, la déshumanisation. « Elle consiste en une représentation désaffectivée facilitant le contact avec la souffrance comme une mise à distance, limitant l'implication émotionnelle du professionnel » (Morasz, 1999, p.1). Ces sentiments et mécanismes de défenses sont identifiés comme présents lors de soins au long cours et donc lorsque l'on aborde le thème de la chronicité. Selon Bussy (2010), *l'ennui* est un sentiment mentionné à plusieurs reprises par les soignants. Il alourdit le poids du temps qui passe et accentue l'impression de répétition. *L'impuissance* est également relevée comme sentiment fréquent. Dans le contexte de la chronicité en psychiatrie, le soignant, inconsciemment, veut « le bien » pour le patient et donc souvent le rétablissement de celui-ci. Le fait que la pathologie du patient soit chronique et dure dans le temps, souvent avec des rechutes, peut être éprouvé comme un échec et comme de l'impuissance face à ces pathologies. Le manque

d'expériences et de connaissances des pathologies spécifiques (ex : schizophrénie, dépression, trouble borderline...) accentue ce sentiment d'impuissance.

Comme mentionné au début de la problématique, l'auteure doit aussi prendre en compte les aspects institutionnels et organisationnels pour répondre à sa question de recherche. *Les restructurations organisationnelles, les décisions politiques et économiques* obligent les soignants à répondre à des exigences institutionnelles toujours plus importantes. La profession d'infirmière paraît être, depuis quelques années, au cœur de problématiques diverses et ceci également en psychiatrie. En effet, la charge de travail accrue, le stress, le manque de personnel, la psychiatrisation<sup>1</sup>, la souffrance psychique et les mesures économiques ainsi que d'autres facteurs obligent les infirmières à endosser des rôles bien différents que dans leurs représentations. Ces rôles génèrent alors de la frustration, de l'insatisfaction, du stress, de l'épuisement et surtout de l'impuissance car elles ne peuvent plus consacrer suffisamment de temps à l'accompagnement de leurs patients. Les hôpitaux ne sont pas épargnés par les stressors cités ci-dessus, au contraire, « ils font l'objet de tant de remaniements organisationnels qu'il est légitime de s'interroger sur l'effet des décisions des dirigeants sur les exécutants en bout de chaîne, autrement dit, nous les soignants » (Pellet & Lima, 2011, p.51).

Malgré l'évolution vers la mise en place de dispositifs d'urgence et l'engouement des soignants vers les pathologies aiguës qui ne nécessitent pas un investissement dans la durée, la *chronicité* (Delion, 2004) reste une des spécificités les plus importantes de la psychiatrie. Toujours selon le même auteur, « la chronicité est une dimension basale de la maladie mentale, et à trop vouloir l'ignorer, des conséquences dramatiques vont en résulter ». Parmi les éléments liés à la maladie mentale, la chronicité est l'une des raisons principales du désinvestissement des patients et ceci se répercute sur le soignant, dont le rôle finit par se vider de son sens.

Comme le dit l'étude PRESST-NEXT (2006), *l'épuisement professionnel* est non seulement dû à la chronicité de certaines pathologies psychiatriques mais à de nombreux autres facteurs comme notamment la pénibilité physique, une charge mentale élevée, des difficultés relationnelles au sein des équipes, le manque de reconnaissance des

---

<sup>1</sup> Selon Lançon (2012), les grandes pathologies psychiatriques se sont en quelques sortes normalisées, au fur et à mesure de ce que l'on peut qualifier de psychiatrisation manifeste de la société (p.18).

compétences ou encore le désir en augmentation de quitter la profession (p.11-12). Le stress et le burnout induisent chez l'infirmière des symptômes, comportements et attitudes qui affectent ses compétences dans la réalisation d'une relation thérapeutique avec le patient. On peut donc dire que « l'épuisement professionnel provoque clairement une diminution des ressources émotionnelles et de la motivation au travail de l'infirmière » (Pellet & Lima, 2011, p.53). Il est donc intéressant de s'intéresser à l'un de ses facteurs (la chronicité) pour comprendre la situation actuelle de satisfaction dans les équipes de soins en psychiatrie.

C'est par conséquent un problème de santé publique puisque comme mentionné auparavant, la population vieillie, il y a de plus en plus de patients à soigner et de moins en moins de soignants pour le faire et ceci autant dans les structures hospitalières suisses et internationales.

Même si des outils et des stratégies sont déjà mises en place pour donner un sens à cette chronicité, les statistiques sont là pour prouver qu'il y a bel et bien des problèmes. En effet, selon l'étude PRESST-NEXT (2006), en psychiatrie, 8,1% des infirmiers(ères) et 9.9% des infirmiers(ères) spécialisé(e)s pensent plusieurs fois par mois à quitter la profession et 4,8% et 3,5% y pensent plusieurs fois par semaines (p.16).

Face à cette problématique de l'épuisement professionnel lors de soins au long cours, l'auteure émet plusieurs hypothèses *d'offres pédagogiques* qui découleraient des besoins des infirmier/ères.

- Un besoin de trouver sa place dans la profession, d'être valorisé. Face à l'inadéquation entre le travail effectué et la représentation idéale que l'infirmière se fait de la profession, l'infirmier/ère peut être insatisfait(e) du manque de considération et du manque d'utilisation de leurs compétences.
- Un besoin d'écoute, de conseil, d'être rassuré. Par ce besoin, l'infirmier/ère recherche la validation, ils veulent savoir s'ils font justes. C'est une sécurité, un moyen de prendre du recul sur les sentiments telles que l'impuissance, l'ennui, la souffrance ou encore la culpabilité qui sont des sentiments évoqués dans la littérature sur la chronicité.
- Un besoin de savoir que ce ne sont pas les seules dans cette situation.

- Un besoin de raconter, de verbaliser. Cette étape est centrée sur l'extériorisation, c'est un besoin subjectif qui ne concerne pas tous les soignants.
- un besoin de comprendre. Pour ne pas ressentir ces sentiments d'impuissance, d'ennui, ou de souffrance et surtout pour ne pas ressentir cette insatisfaction dans la profession, le soignant ressent le besoin de comprendre ce qui engendre de tels émotions et sentiments. Cela permettra d'acquérir des connaissances sur la chronicité des pathologies psychiatriques qui diminueront voire aboliront les sentiments cités ci-dessus.

Ce sont tous ces éléments qui amènent l'auteure à la formulation de sa question de recherche.

## **1.2 Question de recherche**

Il me semble pertinent d'affirmer que la chronicité des pathologies peut être sources de difficultés et d'épuisement pour un certain nombre de professionnels de la santé travaillant en psychiatrie. De là, il est donc essentiel de mieux cerner de quoi cette difficulté est faite pour pouvoir amener une réflexion adéquate.

Quel est le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours ?

## **1.3 But et objectifs poursuivis**

Suite à l'explication de la problématique de recherche, l'objectif de cette revue de littérature sera donc de comprendre le concept de chronicité en psychiatrie et de savoir comment le personnel infirmier arrive à donner un sens à ces soins au long cours. Il s'agit aussi de parcourir le vécu, le ressenti de ceux-ci face à ces soins de longue durée, à l'épuisement professionnel et la difficulté dans la relation soignant-soigné que cela induit. L'auteure s'intéressera également aux stratégies qu'ils mettent en place pour ne pas s'épuiser.

L'intérêt du problème et de la question pour la science infirmière et la pratique professionnelle est multiple. Cette revue systématique de recherche n'est pas seulement un intérêt personnel de la part de l'auteure pour ce thème mais aussi une ressource pour

approfondir le sujet par la suite en s'inspirant des résultats déjà existants. Ce type d'étude est notamment profitable financièrement puisqu'en exploitant des écrits déjà publiés, le chercheur travaille au moindre coût.

En interpellant le lecteur à cette problématique, l'auteure espère susciter une remise en question des professionnels de la santé en psychiatrie ou que ceux-ci se rendent compte de la présence de vécu parfois difficile du personnel infirmier en psychiatrie lors de soins au long cours.

Le but de ce travail sera également pour l'auteure, d'apporter des propositions d'amélioration et d'acquérir des compétences qui lui serviront dans sa future pratique infirmière.

## **2. CADRE CONCEPTUEL**

### **2.1 Concepts-clés**

#### ***La chronicité :***

On parle de chronicité lorsqu'une maladie évolue lentement, lorsqu'elle dure et lorsqu'il n'y a que peu de chance de guérison. Selon Weber et Sager-Tinguely (2011), les maladies chroniques ont toutes des points communs fondamentaux : elles sont persistantes et elles exigent un certain niveau de prise en charge au cours du temps (p.7).

« La pathologie mentale s'avère, par excellence, une pathologie chronique et, bien plus que dans d'autres spécialités, les affections en cause ont une propension pour ainsi dire naturelle à durer très longtemps : (...) c'est un propos commun, qui occupe à la fois les stéréotypes sociaux relatifs à la psychiatrie et les théorisations de cette discipline » (Lantéri-Laura, 1997, p.21-22).

Cependant, comme un certain nombre de pathologies, la maladie mentale ne guérit pas dès que l'épisode aigu se termine, c'est au contraire généralement par cet épisode qu'elle commence. Et bien souvent, elle perdure avec de nombreuses décompensations et découle sur un mode chronique (Delion, 2010).

#### ***Soins au long cours :***

D'une manière générale, « les soins de longue durée sont définis comme les prestations procurées pour maintenir ou restaurer un niveau de qualité de vie optimal compte tenu de l'état de santé et de dépendance fonctionnelle du patient » (Weber & Sager-Tinguely, 2011). Malgré les phases de rémission, les troubles mentaux sévères et persistants font partie des maladies chroniques et sont de ce fait inéluctables. L'évolution de la maladie par phase entraîne, pour le patient et pour les soignants, des périodes d'espoir et de désespoir corrélés avec des sentiments de puissance et d'impuissance. La maladie chronique n'est pas forcément synonyme de maladie grave mais elle le devient lorsqu'elle affecte les activités de la vie quotidienne et modifie la qualité de vie. A cause de sa durée, elle entraîne une difficulté d'insertion sociale, une dynamique familiale perturbée, la perte de l'emploi, des difficultés financières, des représentations erronées de la maladie, de la discrimination et bien d'autres conséquences encore. Tous ces



éléments démontrent la complexité de la chronicité et l'incertitude liée à la maladie. Il faut donc concevoir des soins qui tiennent compte d'une évolution non prévisible.

### ***Secteur psychiatrique :***

Grâce à l'arrivée de la sectorisation et du travail en réseau, l'intervention des soignants ne se limite plus à l'intra-hospitalier comme il se faisait d'antan. On parle également de désinstitutionnalisation. Les dimensions sociales et préventives s'ajoutent à la dimension curative comme le mentionne Masseix (1998) dans son dernier ouvrage. L'offre en soins est donc beaucoup plus variée et par conséquent, cela demande au personnel soignant des compétences plus diversifiées pour pouvoir exercer dans plusieurs domaines comme par exemple, l'ambulatoire, le travail en réseau, les urgences ou encore l'hôpital de jour. Il importe donc au personnel soignant d'assurer une continuité des soins et une collaboration entre ces différentes structures, ce qui n'est de loin pas évident.

### ***Soins infirmiers en psychiatrie :***

Pour Masseix (ibid),

les soins infirmiers en psychiatrie répondent aux besoins de résolution, de soulagement, d'aide et de soutien des patients atteints de décompensation, troubles ou handicaps mentaux. Ils s'inscrivent dans une démarche soignante évolutive afin de permettre à l'individu affecté de conserver ou de rétablir son autonomie, son identité et sa liberté d'actes et de choix au sein de la société (p.101).

### ***Lien soignant-soigné :***

Comme mentionné ci-dessus, on ne peut parler de psychiatrie sans parler de soins au long cours. La particularité en psychiatrie est que l'outil de soins est l'individu tout entier. Il n'est pas possible de se cacher derrière un geste technique, une prise de sang ou un pansement. Ce qui peut être éprouvant pour le soignant. Pour assurer une continuité des soins, un(e) infirmier(ère) est nommé(e) pour assurer la référence d'un patient. Le lien est donc plus développé par rapport aux autres patients. C'est à cet infirmier que le patient va se confier, c'est à lui qu'il va exposer ses demandes, ses joies, ses peurs et ses peines notamment. Il est important de garder cette notion en mémoire pour la spécificité de la relation thérapeutique.

### ***Epuisement professionnel :***

Selon Marie et al. (2004), le burn-out se traduit par un glissement émotionnel amenant progressivement un professionnel sur le chemin de la dépersonnalisation et à la dégradation de la relation soignant-soigné (p.28). Les 3 composantes utilisées par le « Maslach burn out inventory » pour évaluer l'épuisement professionnel sont : l'épuisement émotionnel (physique ou psychique, sensation de vide, de fatigue affective, baisse de motivation, absence d'émotion, incapable de s'ouvrir à autrui, etc.), la déshumanisation de la relation à l'autre (détachement relationnel, distanciation, la centralisation sur la pathologie et non le patient de manière globale, etc.) et la diminution de l'accomplissement personnel (sentiment d'inefficacité, de frustration, d'échec, de dévalorisation, etc.) (Pellet & Lima, 2011, p. 50-51). Les conséquences peuvent alors être l'absentéisme, les contres-attitudes, les erreurs professionnelles et le désinvestissement du travail. Les conditions de travail ne peuvent conséquemment pas être ignorées. Elles seront prises en compte à l'aide d'un des cadres de références de l'auteure qui est la psychodynamique du travail. A tout cela s'ajoute la particularité de la psychiatrie ainsi que des soins au long cours.

### ***Vécu/ressentis :***

Face à ces soins au long cours et à la difficulté dans la relation soignant-soigné avec les patients atteints de troubles mentaux graves, les soignants ressentent différents sentiments et émotions. Certains sont extériorisés ou intériorisés, certains sont conscients ou inconscients, certains sont positifs ou négatifs. L'impuissance face à l'échec, aux rechutes ou à l'inévitable chronicité, est un sentiment souvent évoqués par différents auteurs et présent dans la problématique. L'impuissance se traduit par l'incapacité d'atteindre ses objectifs, d'influencer ou encore de soulager. Nous la ressentons lorsqu'un obstacle bloque notre satisfaction. Le personnel infirmier veut inconsciemment, malgré ses connaissances théoriques sur la chronicité des troubles mentaux, faire ce qu'il y a de mieux pour son patient et de ce fait, se heurte à la réalité de la pratique. L'ennui est également un sentiment évoqué lors de soins au long cours. En effet, « le rythme de l'accompagnement des patients est lent, les événements se font rares ou si répétitifs qu'ils en deviennent monotones » (Bussy, 2010, p.52). Cela peut aller de quelques mois à plusieurs années et ceci parfois sans évolution. Comme mentionné dans l'échelle d'évaluation du burn-out, des sentiments tels la frustration,

l'absence d'émotion, la déshumanisation, une perte de motivation ou encore la dévalorisation sont des indicateurs d'épuisement et de difficulté à offrir des soins de qualité. Il ne faut pas croire que les sentiments en psychiatrie ne sont que négatifs. En effet, la satisfaction, le plaisir, la reconnaissance ou encore l'accomplissement personnel sont des sentiments évoqués dans la littérature.

### 3. CADRE DE RÉFÉRENCE

On appelle cadre de référence « un ensemble de règles implicites ou explicites orientant la recherche scientifique, pour un certain temps, en fournissant, sur la base de connaissances généralement reconnues, des façons de poser des problèmes, d'effectuer des recherches et de trouver des solutions » (Gingras, 2004, site WEB). Cela signifie donc que chaque cadre de référence forme une approche distincte de la problématique. Il permet d'orienter le genre de réponses possibles en fonction de la question de recherche.

#### 3.1 Le coping

« Le stress implique un processus incluant à la fois la personne, l'environnement et leurs transactions. C'est l'évaluation de la situation et des ressources personnelles qui détermine, l'existence ou non du stress » (Lazarus et Folkman, 1984, cité par Piquemal-Vieu, 2001, p.86). Le stress existe lorsque les exigences de la situation dépassent les ressources du sujet. Celui-ci est donc acteur et peut modifier l'impact d'un stresser par des stratégies actives, cognitives et/ou émotionnelles. Ses réactions au stress dépendent donc plus de comment il perçoit la situation que du facteur déclenchant cette situation.

Pour le personnel infirmier, « le stress professionnel survient lorsque la demande est trop forte et que les capacités d'adaptation de l'individu face à cette demande est sont inefficace (Fontana, 1990 ; Moors, 1994 ; Verquerre, 1995, cité par Piquemal-Vieu, *ibid.*, p.86). A l'inverse, il peut également se produire lorsque les demandes sont trop faibles par rapport aux compétences des individus (Karasek et Theorrell, 1990, cité par *ibid.*, p.86) ». Pour certains soignants, le stress professionnel n'a aucun caractère grave. Cependant, pour d'autres, il peut devenir pathologique et perturber les comportements, l'état psychique et la gestion des émotions. Le stress dépend donc non seulement des stresser professionnels et externes mais aussi des caractéristiques personnelles des soignants et des stratégies utilisées pour le gérer. Ces stratégies (*coping*) « constituent un facteur stabilisateur permettant à l'individu, d'une part de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress et, d'autre part, d'éliminer ou de réduire la détresse psychologique inhérente à ces situations » (Piquemal-Vieu, *ibid.*, p.88).

Le *coping* (ou stratégie d'ajustement) est issu de la théorie transactionnelle élaboré par Lazarus et Folkman dans les années septante.

« Il désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie. Le coping implique donc deux éléments, d'une part l'existence d'un problème réel ou imaginé, d'autre part la mise en place de réponses pour y faire face » (Ray & al., 1982, cité par Piquemal-Vieu, *ibid.*, p.88).

Suite à cette citation, nous pouvons donc dire que le coping a deux fonctions générales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine d'une situation (exemple de problème : épuisement professionnel, insatisfaction, rechute du patient) et il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (exemple : ennui, impuissance) et donc de se modifier soi-même.

Le *coping centré sur le problème* vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. Face à une situation stressante, l'individu cherche à mettre en place une action pour résoudre le problème.

Le *coping centré sur l'émotion* comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. L'individu peut recourir à diverses méthodes pour atténuer son stress : minimiser la menace, prendre du recul et évaluer positivement la situation, s'auto-accuser, éviter/fuir le problème ou encore rechercher le soutien émotionnel, etc. Dans les soins infirmiers, il y a souvent un temps de mise à distance des émotions suscitées par les stressseurs professionnels. Ce temps est occupé par la distraction (convivialité, plaisanteries, pauses, etc.), les groupes de paroles et l'humour par exemple. Cela permet de prendre du recul et d'analyser au mieux la situation.

« La *recherche du soutien social* apparaît parfois comme une troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide des autres » (Bruchon-Schweizer, 2002, p.359). L'individu qui vit la situation de stress ou la situation problématique est à la recherche d'écoute, d'informations ou d'aide matérielle. L'outil qui apporte ce soutien est, en psychiatrie, la supervision.

Toujours selon Piquemal-Vieu (2001), certaines stratégies de coping sont perçues comme socialement *positives*, notamment le support social, le contrôle émotionnel ou la

focalisation active et cognitive. Par contre, d'autres sont considérées comme socialement *négatives*. Par exemple, le retrait (comportemental, mental et social), le refus, la fuite, l'addictivité (tabac, anxiolytiques) ou la focalisation émotionnelle. Ce coping négatif n'est pas nécessairement inefficace ou dangereux. En effet, la crise passée, l'éloignement des sentiments d'impuissance et des menaces, permettent alors de faire appel à des stratégies de coping socialement perçu comme positives. Celles-ci sont donc efficaces sur du long terme et diminuent le risque de burn-out. Elles permettent de trouver la bonne distance par rapport au patient, de développer des stratégies de résolution de problèmes, d'évaluation et de recherche de soutien social. Ceci renforce le sens d'accomplissement personnel de l'infirmière et favorise le processus de personnalisation et donc permet de maintenir un sentiment d'identité. Elle peut alors élaborer un projet de soi en accord avec son projet professionnel.

Pour comprendre le vécu du personnel infirmier lors de soins au long cours et leurs stratégies pour éviter l'épuisement professionnel, l'auteure mettra en lien le concept de coping avec ses résultats.

### **3.2 La psychodynamique du travail**

La psychodynamique du travail a été développée dans les années 1970 par un psychiatre et médecin du travail français nommé Christophe Dejours. Elle se définit par :

« l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail. C'est une approche pluridisciplinaire qui s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir, de souffrance et comme lieu d'émergence des stratégies défensives permettant aux individus de faire face aux exigences tout en restant dans la mesure du possible en santé » (Dejours et Abdoucheli, cités par Matter, 2009, p.1)

Selon Alderson (2004), « l'hypothèse centrale de la PDT est qu'il y a une relation significative entre la manière dont le travail est organisé et la santé mentale des travailleurs » (p.243).

La PDT s'intéresse à l'univers du travailleur et tente de comprendre les rapports complexes que l'individu entretient avec son travail. Selon Matter (2009), la PDT investigate ce qui peut être nuisible au fonctionnement psychologique du travailleur et

sur les mécanismes déployés par ceux-ci pour maintenir leur engagement et leur équilibre psychologique. Elle porte son regard sur un collectif et non un individu seul. En effet,

« une enquête de psychodynamique du travail ne vise pas à trouver une solution aux dysfonctionnements, ni même à faire un diagnostic des conditions de travail et de l'organisation. Elle est un travail de compréhension. L'enquête se fonde sur le pouvoir d'élucidation de la parole authentique, elle s'efforce de créer les conditions d'une incompréhension entre des agents directement concernés, et des « chercheurs » s'appuyant sur leurs propres connaissances, les uns et les autres étant animés de la seule volonté de rendre intelligible les logiques subjectives au travail » (Flottes, cité par Scarpellini, 2008, p.35).

Les concepts de la PDT<sup>2</sup> sont le travail, la santé et la normalité, l'identité, l'organisation du travail, la charge psychologique du travail, la souffrance et le plaisir, la reconnaissance, les collectifs de travail et les stratégies de défenses. Ces concepts sont tous en lien avec la thématique de l'auteure vu que celle-ci cherche à connaître le ressenti du personnel infirmier en hôpital psychiatrique. En effet, ce sujet traduit implicitement ces concepts puisque lorsqu'on parle du ressenti des soignants en psychiatrie dans la littérature, les thèmes les plus récurrents sont la charge de travail, l'épuisement professionnel, le manque de reconnaissances de la hiérarchie, l'entente entre les membres de l'équipe ou encore les sentiments tels que la souffrance, le plaisir, la déshumanisation, l'impuissance ou l'ennui. La particularité qui n'est pas traitée dans la PDT est que l'auteure s'est ciblée sur les soins de longue durée en psychiatrie.

La PDT se constitue de trois dimensions prioritaires (Vézina, 2000, cité par Alderson, 2004 et par Quinodoz, 2011). « Le but de ces dimensions est [...] de permettre une meilleure compréhension de la dynamique entre le sujet, l'univers du travail et le champ social » (Alderson, *ibid.*, p.255).

Tout d'abord, si l'on s'intéresse au soignant, celui-ci *cherche à s'accomplir*, à mobiliser ses connaissances et à construire son identité. Il a besoin d'offrir sa contribution à la création sociale ou à la construction d'une œuvre commune. Pour cela, il a besoin que la

---

<sup>2</sup> Les concepts sont explicités de manière plus détaillée dans l'annexe B

hiérarchie ou l'établissement dans lequel il travail lui laisse suffisamment d'autonomie. Si l'organisation du travail est trop rigide ou trop structurée, l'énergie psychique de l'individu s'accumule et finit par générer des tensions psychiques qui peuvent aboutir à de sentiments tels la souffrance qui peuvent s'accompagner de troubles psychiques. Au contraire, si l'organisation du travail offre des possibilités de liberté, d'autonomie et offre un réel pouvoir, le travail sera équilibré et l'individu pourra s'accomplir par le biais de son activité professionnelle. Molinier (1997, cité par Scarpellini, 2008) fait le lien entre cette dimension et la profession infirmière. Elle mentionne que la rigidité de l'organisation du travail peut, d'une part, générer la souffrance des infirmières mais peut, d'autre part, elle aggraver celle des patients. Elle rapporte deux dynamiques distinctes : premièrement, lorsque l'organisation du travail est trop rigide, les infirmières tombent dans la routine. Celle-ci est utilisée comme stratégie défensive pour supporter la rigidité de l'organisation. Cela implique inévitablement moins d'humanité, un risque de violence ou d'indifférence. Deuxièmement, les infirmières utilisent la sagesse pratique qui s'appuie sur l'expérience et qui permet ainsi de répondre à la demande des patients.

Ensuite, il faut faire la différence entre le *travail prescrit* et le *travail réel*. En effet, le travail en lui-même se situe entre la théorie et la réalité du terrain qui comprend souvent de nombreux imprévus comme l'augmentation de la charge de travail, la dégradation de l'état d'un patient, l'apparition de problèmes personnelles, etc. Ces situations ne sont jamais sous la maîtrise du travail prescrit fourni par l'organisation du travail et « chacun réinvente le prescrit en fonction de ses désirs et de l'autonomie que l'autorité veut bien lui accorder » (Quinodoz, 2011, p.2). Selon Alderson (2004), si les cadres offrent aux soignants une plus grande marge de manœuvre et moins de rigidité, ceux-ci auront le sentiment de maîtrise de leur environnement, d'accomplissement de soi, d'avoir plus d'autonomie et de pouvoir sur leur pratique. Ces éléments traduisent une organisation du travail dite « structurante » et donc favorable au maintien d'une bonne santé mentale. Toujours selon le même auteur (ibid.),

« si l'organisation du travail est [...] rigide que l'écart entre le travail prescrit et la réalité du terrain est non négociable et que toute forme de créativité ou d'initiative est proscrite, elle entrave la construction identitaire et fragilise par le même fait l'équilibre psychique » (p.256).



La troisième dimension est *le nécessaire regard de l'autre*. En effet, l'individu attend une reconnaissance qui est jugée par les autres. Deux types de regard porté sur le travail accompli sont à distinguer : le jugement d'utilité et le jugement de beauté.

Le jugement d'utilité porte sur le caractère utile du travail accompli. Il s'agit des rapports effectués par les supérieurs hiérarchiques, les subordonnés ou dans les soins des patients eux-mêmes. D'après Déjour (2005, cité par Scarpellini, 2008), « nous sommes très attachés à ce jugement grâce auquel mon activité est reconnue comme travail et non comme un passe-temps. En contrepartie de cette utilité, je gagne une place dans la société » (p.50).

Le jugement de beauté concerne d'une part, la conformité aux règles de l'art qui est prononcé surtout par les collègues et membres de l'équipe et qui traduit l'appartenance au groupe. Par exemple, « quelle belle relation d'aide tu as effectuée avec ce patient ». D'autre part, il y a la spécificité et l'originalité du travail accompli. Il se traduit par la reconnaissance par les autres de son identité singulière et non de la stricte reproduction de ce que l'on fait habituellement. Par exemple, « ta manière d'appréhender le thème du suicide est unique ».

Le jugement des autres sur la capacité du soignant à effectuer de bonne pratique selon des règles communes est capital. Les collectifs de travail ou la solidarité de l'équipe sont parfois détruits par l'autoritarisme des supérieurs, le soignant se retrouve alors isolé et la collaboration dans le groupe tend à diminuer. « [...] la non reconnaissance amène le sujet à douter de lui-même, à souffrir d'une baisse de l'estime de soi pouvant aller jusqu'à la dépression » (Quinodoz, 2011, p.4).

Pour synthétiser ces trois dimensions, la santé mentale au travail est pour la PDT le résultat d'un équilibre dynamique entre le besoin d'accomplissement de soi, les normes sociales et le travail imposant une productivité dans un cadre donné. A partir de ces trois dimensions, l'individu construit le sens que revêt le travail qu'il accomplit.

### **3.3 Lien entre la stratégie de coping et la psychodynamique du travail**

Le Coping et la psychodynamique du travail sont deux approches sous-jacentes aux théories du stress.

En effet, la plupart des études investiguant la relation entre le travail et la santé mentale des infirmières privilégient l'approche théorique du coping. Celle-ci renvoie « aux

capacités de l'individu à s'adapter aux exigences de l'environnement au moyen de ressources personnelles et du soutien de son entourage » (Estryn-Behar, 1999, cité par Alderson, 2004, p.261). Ce qui n'est pas sans conséquences puisqu'il génère une individualisation. C'est donc à l'individu de trouver lui-même des moyens de s'adapter aux stressseurs et aux contraintes du monde du travail. A cause de cela, les établissements ne voient aucune obligation de reconnaître que le stress au travail est une problématique collective et l'organisation du travail est de ce fait rarement interpellée.

Si l'approche du stress semble utile pour décrire et évaluer l'épuisement professionnel des soignants, elle n'explique pas la compréhension de l'expérience subjective de travail vécue par les soignants. De ce fait, la psychodynamique du travail semble être une intéressante complémentarité au coping puisqu'elle propose une analyse dynamique et compréhensive de l'activité de travail (Alderson, *ibid.*). Déjour, fondateur de cette théorie, cherche à comprendre comment la plupart des travailleurs font pour ne pas tomber malade et pour conserver un équilibre entre les contraintes liées au travail et leurs propres désirs de construction identitaire et d'accomplissement. Il remarque progressivement que les individus ne sont pas passifs aux contraintes organisationnelles et qu'ils sont capables de se protéger de leurs effets nocifs sur la santé mentale en développant des stratégies défensives (Déjours, cité par Alderson, *ibid.*).

Plusieurs similitudes sont présentes entre ces théories. D'abord, elles ont toutes deux comme but, à quelques nuances près, d'harmoniser les relations entre l'individu et son milieu de travail. La différence étant que la PDT prend en compte les désirs des travailleurs, ce qui implique généralement des changements dans l'organisation du travail pour les satisfaire. Ensuite, les approches ont toutes deux des stratégies défensives pour faire face aux stressseurs. Notamment le coping centré sur le problème, sur l'émotion ou le soutien social pour la théorie du stress et les défenses individuelles et collectives pour la PDT.

Selon Carpentier-Roy (1995, cité par Alderson, *ibid.*), une différence importante entre les deux approches est que le coping vise l'analyse des états de stress à travers leurs manifestations pathogènes, ce qui a pour effet que l'on se retrouve d'emblée dans la sphère de la maladie. Au contraire, la PDT n'a pas pour objet la maladie mais bien la normalité.

Pour terminer, recourir à différentes approches théoriques qui se croisent, s'appuient et se complètent mutuellement est pertinent car cela fournit une analyse globale et peut véritablement rendre compte des nombreuses dimensions du phénomène à l'étude.

## 4. MÉTHODOLOGIE

La problématique, les cadres conceptuels et les cadres de références étant définis et explicités, l'auteure va maintenant exposer la démarche méthodologique qui lui a permis de réaliser son travail.

### 4.1 Type d'étude : la revue de littérature

Une revue de littérature (Loiselle, 2007) permet de faire le point sur l'état des connaissances scientifiques sur un sujet et de mieux connaître cette thématique. Elle consent également à faire une évaluation critique d'un ensemble de recherches liées au thème de l'auteur, ici le vécu du personnel infirmier\ère en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours.

Il est intéressant pour l'infirmière de s'appuyer sur des résultats probants et de bénéficier d'études déjà faites pour évaluer les pratiques en vigueur et recommander les changements dans la prise en soin afin de l'améliorer.

Pour répondre à sa question de recherche, l'auteure a privilégié des recherches qualitatives pour avoir une compréhension détaillée des expériences de vie des soignants. Elle a effectué des recherches dans la littérature actualisée et s'est intéressée aux articles scientifiques des bases de données informatisées tel PubMed, MEDLINE et SCIENTIFIEDIRECT qu'elle a complété avec Google Scholar et la bibliographie de certains articles trouvés sur ces bases de données. Ceux-ci ont orienté l'auteure vers des articles similaires.

Selon Nadot (2009), « le but général de la recherche est d'étudier et de comprendre « scientifiquement » une situation problématique ou une préoccupation clinique » (p.2) Concernant le processus de recherche<sup>3</sup> utilisé par l'auteure, celle-ci a d'abord récolté des articles traitant des soins au long cours en psychiatrie et du vécu du personnel infirmier s'y rapportant. Elle les a ensuite traduits en français. Pour des raisons financières, les auteurs des recherches sélectionnées mais non disponibles ont été sollicités par e-mail afin d'obtenir, dans la mesure du possible, gratuitement leurs travaux. Après lecture des articles, leur pertinence et leur rigueur méthodologique ont

---

<sup>3</sup> Cf. annexe C

été évaluées. Ils ont par la suite été classés selon les critères d'inclusion et d'exclusion<sup>4</sup>. Au départ, l'auteure avait retenu 23 recherches susceptibles de correspondre à son thème, puis après lecture approfondie et analyse de 15 d'entre elles, 11 ont été sélectionnées pour être inclus dans sa revue de littérature (cf annexe E et F). Les articles ont été analysés à l'aide de grilles de lectures critiques<sup>5</sup>. Ils ont ensuite été synthétisés et leurs résultats ont été rassemblés en thème puis introduit dans le chapitre du même nom. Subséquemment, l'auteure a mis en lien ses résultats et ses cadres de références dans un chapitre intitulé « discussion » afin de répondre à sa question de recherche.

Il faut cependant relever le fait que l'auteure a dû élargir l'échantillon de recherche car les études sur le sujet choisi étaient restreintes. En effet, l'auteure a dû, pour répondre adéquatement à sa question de recherche, inclure des recherches qui ne traitaient pas exclusivement de son sujet. Par exemple, une étude traitant de l'épuisement professionnel en psychiatrie, une étude traitant de la difficulté de la relation soignant-soigné en psychiatrie ou encore une étude traitant des soins au long-cours en psychiatrie. C'est en incluant ces études que l'auteure a réussi à réunir les éléments nécessaires pour répondre à sa question de recherche.

## **4.2 Mots clés**

Lors de ses recherches sur les bases de données informatisées, l'auteure a utilisé les mesh-terms suivants :

- Long-term care / soins au long cours
- Chronic disease / maladie chronique
- Mental disorders / troubles mentaux
- Psychiatry / psychiatrie
- Nurse / infirmière
- Case management / gestionnaire de soins
- Nurse-patient relations / relation infirmière-patient
- Schizophrenia / schizophrénie
- Psychiatric ward / service de psychiatrie
- Desinstitutionalization / désinstitutionalisation

---

<sup>4</sup> Cf. p. 30.

<sup>5</sup> Cf. annexe D

### 4.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

- Inclusion : les types d'études scientifiques qui vont m'aider à répondre à ma question de recherche sont des études qualitatives, surtout l'étude phénoménologique et les récits de vie. L'auteure n'exclut cependant pas la possibilité d'utiliser des recherches quantitatives. Les thèmes principaux inclus sont : les soins au long-cours, les troubles mentaux sévères et persistants, le stress et l'épuisement professionnel, la relation thérapeutique, les émotions et le ressenti des soignants, la désinstitutionalisation et la continuité des soins. Les articles ne devront pas être plus anciens que l'année 1995. Ils devront également être en anglais, français ou allemand. De plus, l'auteure n'inclura que des recherches comprenant une méthodologie rigoureuse qui en accord avec les critères de l'école.

- Exclusion : les critères d'exclusion seront les études traitant de soins psychiatriques aigus, les études traitant exclusivement de la physiopathologie des troubles mentaux, les études ne traitant pas du domaine psychiatrique et les études ne traitant pas du personnel infirmier en psychiatrie.

### 4.4 Stratégies de recherche

#### 4.4.1 Stratégie 1

((("Managed Care Programs"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]

7 résultats dont 1 recherche retenue :

- Repper, J., Ford, R. & Cooke, A. (1994). How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1096-1104.

#### 4.4.2 Stratégie 2

((("Long-Term Care"[Mesh]) AND "Mental Disorders"[Mesh]) AND "Chronic Disease"[Mesh]

349 résultats dont 1 recherche retenue :

- Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2008). Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (6), 689-697.

#### **4.4.3 Stratégie 3**

Stratégie personnelle se basant sur les références bibliographiques d'une recherche scientifique de Handsley et Stocks qui n'a pas été retenue pour mon travail.

- Handsley, S. & Stocks, S. (2009). Sociologie and nursing : Role performance in psychiatric setting. *International Journal of Mental Health Nursing*. 18, 26-34.

La recherche comptait 56 références dont 2 ont été retenues :

- Goodwin, A.M. & Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness: A psychodynamic observation study of a long stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73 (3), 311-416.
- Lester, H. & Tritter, J.Q. (2005). «Listen to my madness »: Understanding the experiences of people with serious mental illness. *Sociology of Health & Illness*, 27 (5), 649-669.

#### **4.4.4 Stratégie 4**

("Case Management"[Mesh]) AND "Schizophrenia"[Mesh]

160 résultats dont 1 recherche retenue:

- O'Connell, M.-J. & Stein, C.-H. (2011). The Relationship Between Case Manager Expectations and Outcomes of Persons Diagnosed with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47, 424-435.

#### **4.4.5 Stratégie 5**

Pubmed : mental health nursing and practice environment

301 résultats dont 1 recherche retenue :

- Roche, M., Duffield, C. & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1475-1486.

#### **4.4.6 Stratégie 6**

Google scholar : Souffrance, infirmière, psychiatrie (recherche avancée : date 2005-2012, français)

5700 résultats dont 1 recherche retenue :

- Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O. & Bocher, R. (2006). Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens (PRESS-NEXT). *Annales médico psychologiques*, 164, 732-748.

#### 4.4.7 Stratégie 7

Stratégie personnelle se basant sur les références bibliographiques d'un ouvrage de Weber et Sager-Tinguely.

- Weber, C., Sager-Tinguely, C. et al. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée : un cadre théorique : la psychodynamique du travail*. France : Lamarre.

La recherche comptait 18 références dont 1 a été retenue :

- Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmier*, 80, 76-86.

#### 4.4.8 Stratégie 8

Pubmed : stress, nurses, mental health nursing, work environment

780 résultats dont 2 recherches retenues :

- Mann, S. & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.
- Tuveson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. (2011). Perceived Stress among Nursing Staff in Psychiatric Inpatient Care: The Influence of Perceptions of the Ward Atmosphere and the Psychosocial Work Environment. *Mental Health Nursing*, 32, 441-448.

#### 4.4.9 Stratégie 9

("Deinstitutionalization"[Mesh]) AND ("Mental Health"[Mesh] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] )

1070 résultats dont 1 recherche retenue :

- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A. & Guex, P. (2007). Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'encéphale: Département universitaire de psychiatrie adulte (DP-CHUV)*. 33, 751-761.



## 5. RESULTATS

Dans sa revue de littérature, l'auteure a sélectionné 8 recherches qualitatives et 3 recherches quantitatives (annexe E). Sa thématique est plutôt, comme cité dans les critères d'inclusion, une problématique qualitative. Comme susmentionné, dans le chapitre méthodologie, les 11 études choisies ne comportent pas toutes la même problématique (annexe F) car l'auteure a dû étendre son champ de recherche. C'est en ayant cette vision globale et en traitant ces thématiques que l'auteure a réussi à répondre à sa question de recherche.

Pour faciliter la formulation des résultats des études sélectionnées, l'auteure a utilisé l'application « Rechercher » de Microsoft Word. Elle y a introduit des mots qui lui semblaient pertinents dans ses études tels le stress, la chronicité, la relation thérapeutique, l'épuisement, les maladies mentales graves et persistantes, (...), etc. Cette mise en évidence de termes récurrents lui a permis de formuler des catégories.

L'auteure va maintenant présenter brièvement les six catégories choisies. Celles-ci permettent de répondre à la question de recherche et donc à identifier le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours et les stratégies mises en place pour ne pas s'épuiser.

- **Les maladies mentales graves et persistantes** : il s'agit de mettre en évidence les principales maladies chroniques en psychiatrie et les problèmes qu'elles engendrent dans le temps. Le point de vue des patients est également abordé.
  - Etudes retenues : 6
- **Le rôle infirmier en psychiatrie** : le rôle infirmier en psychiatrie reste encore flou et il est difficile de le définir clairement.
  - Etudes retenues : 5
- **Les difficultés de la relation soignant-soigné au long cours**: en lien avec la chronicité et les soins au long cours, le personnel infirmier mentionne les difficultés qu'il éprouve dans l'accompagnement et le maintien de la relation thérapeutique avec le patient.
  - Etudes retenues : 8
- **Le stress et l'épuisement professionnel**: mise en évidence de la présence de stress en psychiatrie, des facteurs individuels et environnementaux influençant la satisfaction du personnel infirmier et l'apparition de l'épuisement professionnel.

- Etudes retenues : 7
- **L'environnement en hôpital psychiatrique** : ce chapitre identifie les aspects organisationnels, politiques et économiques des hôpitaux psychiatriques qui influencent la santé des soignants et la qualité des soins.
  - Etudes retenues : 7
- **Les stratégies et attitudes soignantes pour contrer la chronicité des soins au long cours** : pour éviter l'épuisement et pour durer dans les soins, les soignants utilisent des stratégies défensives et des mécanismes de protection. Ceux-ci sont conscients et inconscients, positifs et négatifs mais surtout influencent grandement la qualité des soins.
  - Etudes retenues : 5

## 5.1 Les maladies mentales graves et persistantes

Dans l'ensemble des études, la population était âgée de 18 à 63 ans. Les pathologies les plus présentes lorsqu'on parle de soins au long cours chez les adultes en psychiatrie sont la dépression chronique, les troubles psychotiques (surtout la schizophrénie), les troubles borderline et bipolaires, les troubles du comportement (surtout anorexie et boulimie), l'abus de substances, etc. (Lester & Tritter, 2005 ; Koekkoek & al., 2008 ; Goodwin & Gore, 2000 ; Roche & al., 2011 ; O'Connell & Stein, 2011). Ces patients ont un éventail de besoins élevés dans plusieurs domaines (médicaux, sociaux et personnels) et demandent une prise en charge complexe.

Les soignants et les patients atteints de maladies mentales graves sont tous d'accord sur une chose. Il est impossible d'ignorer la déficience, son impact sur les patients et son influence sur la relation avec les autres, notamment la relation soignant-soigné (Lester & Tritter, 2005).

Toujours selon les mêmes auteurs (ibid.), la maladie mentale est une partie intrinsèque de l'identité de la personne, c'est l'inconnu de la raison. A cause de cela, les patients se font traiter de profiteur des services de soins, de simulateurs pour avoir un certificat médical ou d'attendre d'être en crise pour demander de l'aide. D'après plusieurs études (Estryn-Behar & al., 2006 ; Lester & Tritter, 2005 ; Koekkoek & al., 2008, Mann & Cowburn, 2005 ; Goodwin & Gore, 2000 ; O'Connell & Stein, 2011), les soignants ne sont pas exclus de cette stigmatisation puisque la majorité des professionnels expriment également des stéréotypes négatifs envers les personnes atteintes de graves maladies

mentales. Suivant Lester et Tritter (2005), le manque de connaissances des professionnels est souvent un frein à une qualité de soins optimale. Par exemple, les symptômes négatifs des troubles psychotiques sont interprétés comme des comportements chaotiques ou comme un manque d'intérêt et de motivation de la part du patient plutôt que comme une manière de gérer les symptômes de la maladie. Selon l'étude PRESS-NEXT d'Estryn-Behar & al., la psychiatrie reste un domaine méconnue, atteinte de préjugés et d'aprioris et souffre d'une image négative en comparaison des services plus techniques comme la chirurgie. Beaucoup de jeunes diplômés disent que « leur formation ne les a pas préparés à travailler en psychiatrie en sortant de l'école » (2006).

Si l'on rassemble les 11 études de l'auteure, les problèmes engendrés par les maladies chroniques qui sont le plus récurrents sont la survenue de rechutes, les comorbidités, la dépendance aux services de soins, la perte d'espoir, l'irréductibilité, les attentes élevées des soignants, l'impuissance, la difficulté de continuité des soins, etc.

Les patients décrivent la maladie mentale, notamment les émotions, les sentiments et la souffrance comme difficile à expliquer à quelqu'un qui ne l'a jamais vécu (Lester & Tritter, 2005). Ils la qualifient aussi d'effrayante pour eux, leur famille et leurs amis. Selon cette même étude, ce type de patient cherche souvent inconsciemment, à négocier un environnement complexe et qui les contraignent socialement. Certaines pathologies comme la dépression, entraînent des sentiments tels le manque de confiance, l'anxiété, la honte ou la diminution de l'estime de soi. Ceux-ci les empêchent de demander de l'aide et donc d'accéder aux soins (Lester & Tritter, *ibid.*). Le fait de venir à l'hôpital et de dire « j'ai un problème » est déjà pour eux, une énorme victoire dont les soignants n'ont souvent pas conscience. De plus, ils ne reconnaissent pas l'impact négatif que l'environnement a sur les patients. En effet, les patients se sentent exclues de la société et se plaignent du manque d'interactions sociales. Il est d'autant plus difficile de réinsérer socialement le patient après son hospitalisation. Selon Rethink (2004, cité par Lester & Tritter, *ibid.*), sur 3000 personnes atteintes de maladies mentales graves, la plupart d'entre eux sont exclus socialement et ont un taux d'activité communautaire faible. Il n'y a que 13% des malades mentaux chroniques qui ont un emploi (souvent bénévole). La position des malades mentaux au sein de la société qui traitent ces individus comme « autres- différents », reste donc une problématique majeure.

Cette catégorie peut aider les professionnels de la santé à faire des projets de vie pour le patient en tenant compte de sa déficience et des aspects invalidants de celle-ci.

## **5.2 Le rôle infirmier en psychiatrie**

Comme mentionné dans la problématique, les recherches (Alderson & al., 2006) confirment que la définition du rôle infirmier n'est pas assez explicite. Il y a une ambiguïté entre les divers soignants car leurs champs de pratiques sont insuffisamment distincts, ce qui amène à des rapports conflictuels. Plusieurs problèmes qui sont sources de souffrance, sont mis en évidence dans les études sélectionnées : le manque de reconnaissance des supérieurs, la sous-utilisation des compétences, le manque d'autonomie et le manque de pouvoir décisionnel (Estryn-Behar & al., 2006 ; Alderson & al., 2005 ; Tuveson & al., 2011 ; Roche & al., 2011 ; Bonsack & al., 2007).

En France, 39,6% des soignants trouvent qu'il y a une inadéquation entre le travail effectué chaque jour et les compétences/perspectives de l'infirmier/ère (Estryn-Behar & al., 2006).

En effet, d'après Alderson et al., (2005), les infirmières en psychiatrie perçoivent une sous-utilisation de leurs compétences. « J'ai le sentiment d'utiliser 50% de mes connaissances... Ma frustration est liée au fait que les gens du milieu ne me font pas jouer le rôle pour lequel j'ai été formée ». Cette affirmation est en adéquation avec celle de départ dans la problématique puisque selon l'étude d'Estryn-Behar (2006), 37,4% des infirmiers en psychiatrie (résidants dans des pays européens) sont insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences. Pour potentialiser l'utilisation de ces compétences, une autre étude (Roche & al., 2011) affirme que le soutien (11,7%), l'expérience des infirmières en santé mentale (11,1%) et la participation des infirmières aux affaires de l'hôpital (10,9%) ont une forte influence sur l'envie d'avoir et d'atteindre des compétences qui permettent une prise en charge de qualité et une implication dans la relation.

Par contre, les résultats concernant le manque de reconnaissance ne sont pas les mêmes entre la recension des écrits et les résultats des recherches de l'auteure. La littérature mentionne que le flou du rôle infirmier laisse beaucoup de place pour l'initiative et pour l'autonomie et que c'est au professionnel de définir ses actes (Merkling, 2007). Au contraire, les articles trouvés par l'auteure (Alderson & al.,) mentionnent que les infirmières ont beaucoup de responsabilités mais ne sont pas reconnues comme

autonomes et comme ayant un pouvoir décisionnel. Cette absence de reconnaissance de la part de la hiérarchie est vécue comme un fardeau générant anxiété et souffrance. La hiérarchie ne considère pas les infirmières comme faisant partie de l'institution et de ce fait ne prend pas en considération leurs besoins et désirs propres, ce qui bloque la possibilité d'amélioration des conditions de travail (2005).

Concernant le soutien des collègues, les études sont mitigées. Certaines mentionnent qu'heureusement que la solidarité entre collègues est encore présente et que lorsque l'ambiance est bonne, tout le reste suit (Estryn-Behar & al., 2006). D'autres, en revanche, déplorent le manque de reconnaissance entre pairs et l'absence de véritables collectifs de travail (Alderson & al., 2005). La charge de travail et le manque d'espaces de parole sont souvent incriminés pour expliquer cette absence de collectifs de travail et d'actions communes. C'est une entrave à un plaisir accru que les infirmières pourraient vivre et encore une fois, une entrave à une possible action sur l'organisation du travail.

L'ensemble de ces éléments restreint le plaisir, génère un manque de sens dans le travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise leur santé mentale (Alderson & al., *ibid.*).

### **5.3 Les difficultés de la relation soignant-soigné au long cours**

La relation thérapeutique est un aspect central de la profession infirmière, surtout dans les soins aux personnes atteintes de maladies mentales (Roche & al., 2011).

Malgré les changements organisationnels, il a clairement été établi que les infirmières de santé mentale ont tendances à donner priorités à des patients qui ont des problèmes à court terme et deviennent démoralisées lorsqu'elles travaillent avec des patients ayant des besoins et des incapacités persistantes. En effet, les infirmières ont besoin de trouver un sens pertinent à leurs soins pour pouvoir prendre part activement à la relation et pour pouvoir retirer de la satisfaction de leur travail (Repper & al., 1994). Il n'est pas évident de travailler avec des personnes dont l'expérience de vie et la réalité quotidienne diffèrent nettement de la nôtre. Cet auteur mentionne que « ni les formations professionnelles, ni les expériences ordinaires nous équipent pour le défi de travailler avec de telles personnes » (*ibid.*).

La majorité des études rapportent qu'en psychiatrie, le soignant est l'outil de soin et ses instruments sont la parole et l'écoute. « Travailler au plus près de la souffrance psychique des personnes est une lourde charge mentale » (Estryn-Behar & al., 2006).

Effectivement, il est demandé aux soignants beaucoup d'investissement personnel et les retombés psychiques sont souvent conséquentes sur leur vie professionnelle et personnelle. Toujours suivant le même auteur (2006), 53% des soignants sont insatisfaits concernant le manque de soutien psychologique.

Comme mentionné ci-dessus, les maladies mentales graves et persistantes demandent une prise en charge complexe, que ce soit au niveau médical, social ou personnel. Les patients sont dépendants des services de soins et ont fréquemment des comorbidités qui augmentent la difficulté dans leur accompagnement. Les patients exigent donc des infirmières une implication totale dans les soins pour avoir une relation thérapeutique optimale, ce qui est souvent plus qu'elles ne peuvent offrir (Koekkoek & al., 2008). La durabilité de la prise en charge, l'ampleur de leurs problèmes et le désespoir qu'ils induisent renforcent la difficulté des soignants à durer dans les soins (Koekkoek & al., *ibid.*).

Les attitudes et sentiments négatifs couramment rapportés dans les études sont le désespoir, la frustration, l'ennui, l'anxiété, l'impuissance et l'échec. L'empathie disparaît, surtout lors de comportement de suicidalité chronique. Par exemple, une étude (Koekkoek & al., *ibid.*) rapporte les pensées d'un infirmier qui est usé par les soins aux long cours. « Vous voulez quitter la vie ? Faites-le si c'est ce que vous voulez ».

Il est difficile, lorsqu'on travaille avec des personnes ayant des difficultés chroniques, de faire face au « refus » d'obtenir une meilleure vie et de ne pas être gratifié pour le travail effectué. Les professionnels, même très motivés, ont tendance à être démoralisés et désespérés par le manque de succès qu'ils rencontrent (Koekkoek & al., *ibid.*). Par exemple, le patient espère la guérison mais fait plusieurs rechutes et le professionnel a pour objectif l'amélioration mais se heurte au manque de progrès. Toujours d'après le même auteur, cela engendre des sentiments négatifs à l'égard des cognitions du patient et du pessimisme au sujet du traitement. C'est frustrant car il y a un contraste entre l'ambition (guérir le patient) et ce que les professionnels sont obligés de faire (offrir des soins de longue durée et maintenir les ressources existantes).

En résumé, le manque de progrès des patients en général a été relié à un manque d'optimisme des professionnels.

Goodwin et Gore (2000) exposent l'inquiétude du personnel infirmier quant à la responsabilité et au fardeau de la dépendance des patients. Il a peur de devenir lui-même dépendant, vulnérable ou hostile envers le patient.

Deux études relatent que le personnel infirmier est fréquemment confronté à la violence physique et verbale et que c'est un facteur dominant d'insatisfaction (Estryn-Behar & al., 2006 et Tuvevsson & al., 2011). En effet, les soignants font souvent face à l'augmentation de l'agressivité, aux insultes, aux coups, aux crachats, aux vols, aux menaces de morts et aux agressions physiques. Cette montée de la violence se traduit par un sentiment d'insécurité au travail et par des difficultés à maintenir une relation thérapeutique avec les patients.

Lorsque l'on parle de soins au long cours et de chronicité en psychiatrie, l'auteure est tombée sur plusieurs études mentionnant le terme de gestionnaire de cas (GDC)(Repper & al., 1994 ; O'Connell & Stein, 2011 ; Bonsack & al., 2007). Elle ne peut donc pas l'exclure. Selon Repper et al., la gestion de cas implique d'avoir une personne seule responsable pour maintenir une relation de support à long terme avec le patient, indépendamment du lieu et indépendamment du nombre d'intermédiaires impliqués. Le GDC est une aide, un négociateur et un avocat pour le patient (1994). Les résultats de l'étude (Repper & al., *ibid.*) mettent en évidence les principes du travail du GDC. La gestion de cas offre l'opportunité au soignant de travailler avec les mêmes patients sur une longue période, ce qui permet de prendre les choses lentement, d'avoir de petits objectifs et d'être à la fois régulier et persévérant et surtout de ne pas s'épuiser dans la relation. Cela lui permet de rester positif face aux refus. Le GDC utilise une approche individuelle centrée sur le patient (Repper & al., *ibid.*). Il traite d'abord des tâches urgentes (détail financier, logement, prestations sociales, etc.), ce qui permet aux deux parties de mieux se connaître puis il va ensuite travailler sur le traitement des difficultés réelles du patient notamment la communication et l'enseignement des compétences pratiques. Son but est de modifier le comportement du patient sur la base de l'élaboration d'une compréhension différente de ses difficultés. Toujours d'après le même auteur, une des particularités de cette approche est la forte flexibilité donnée au patient, celui-ci a le sentiment d'être indépendant, d'être digne de respect et se sent d'avantage pris en charge. Cette approche flexible favorise la relation, la mise en confiance, l'implication volontaire du patient et le suivi éloigné (*ibid.*).

O'Connell et Stein (2011), rapportent qu'il est considéré comme essentiel dans le processus de guérison d'une maladie psychiatrique d'avoir un sentiment d'espoir et des attentes positives pour l'avenir. Les résultats de cette étude démontrent clairement que les GDC ayant des attentes positives envers leurs patients effectuent des soins de meilleures qualités que ceux qui ont de faibles attentes envers leurs patients.

Le questionnaire de cas semble donc, dans les recherches sélectionnées par l'auteure, contrer les difficultés relationnelles liées à la chronicité des maladies mentale graves en hôpital psychiatrique.

#### **5.4 Le stress et l'épuisement professionnel**

Les études démontrent clairement que les infirmières en psychiatrie travaillent dans un environnement de stress élevé (Estryn-Behar & al., 2006 ; Aderson & al., 2005 ; Koekkoek & al., 2008 ; Tuveson & al., 2011 ; Mann & Cowburn, 2005). Les sources de stress en psychiatrie peuvent être multiples, cependant l'auteure a décidé de se centrer sur les plus récurrentes de ses recherches.

La différence en psychiatrie par rapport aux autres domaines, est que la nature des soins infirmiers nécessite une intense mobilisation interpersonnelle avec les patients surtout lors de soins de longue durée (Mann & Cowburn, 2005). C'est ce stress élevé au travail qui conduit à l'épuisement professionnel et qui met en péril la capacité du professionnel à fournir des soins de qualité. Comme le rapporte Alderson et al. (2005), les recherches infirmières avaient déjà investigué les problématiques de santé mentale, de stress, du burnout ou d'épuisement professionnel mais dans le secteur des soins aigus. Il y a donc très peu de recherches menées dans la chronicité.

En effet, comme mentionné dans la difficulté de la relation (Estryn-Behar & al., 2006), la psychiatrie exige beaucoup psychologiquement, ce qui entraîne une usure psychique puis physique des soignants. Ceci se manifestant souvent par de la fatigue physique. En France, 34,3% des soignants sont insatisfaits de leurs conditions physiques.

La recherche de Tuveson et al. (2011) s'est intéressée à comment le personnel infirmier percevait la relation entre l'ambiance du service et l'environnement psychosocial au travail dans les soins aux patients hospitalisés. Cette perception est importante car une meilleure connaissance des relations potentielles entre ces deux aspects pourraient amener à l'obtention de mesures visant à apporter des améliorations et réduire le stress. Selon l'échelle du stress perçu, le personnel infirmier en psychiatrie



se dit moyennement stressé (22,6/56). Par contre, certains éléments génèrent plus de stress que d'autres : le fait de faire face à d'importants changements, le manque de clarté des rôles, la charge de travail, les comportements agressifs des patients, le manque de considération de la hiérarchie et surtout le climat organisationnel. Toujours selon le même auteur (2011), la participation ou non des patients est également une source importante de stress. La proximité, l'intensité de la relation et les difficultés dans la gestion entre soignant-soigné sont aussi mentionnées comme sources de stress perçu par le personnel infirmier. L'activité et l'implication des patients peuvent donc affecter les conditions d'équipe et être un important facteur de réduction de stress et d'épuisement professionnel parmi l'équipe soignante.

Pour faire le lien avec le chapitre précédent, l'engagement dans la relation thérapeutique avec le patient et la difficulté de sa gestion au long cours peuvent engendrer du stress et de l'épuisement professionnel (Roche & al., 2011). 27% des infirmières ont déclaré que les exigences émotionnelles des patients étaient une source modérée à élevée de stress (Mc Grath & al., 2003, cité par Alderson & al., 2005). En effet, les infirmières vivent d'intenses émotions durant les interactions avec leurs patients. Par exemple, lors d'un entretien où l'interaction est longue et la variabilité d'émotions vécues est grande. Tout cela génère du stress chez l'infirmière et l'oblige à utiliser des stratégies de protection tel le travail émotionnel<sup>6</sup> comme échappatoire. C'est l'utilisation à long terme de cette stratégie qui est inquiétante car elle peut engendrer des effets néfastes sur la santé des soignants et sur celle des patients.

Comme le disent Mann et Cowburn (2005), les conséquences de ce stress et de l'épuisement professionnel sont l'absentéisme et le manque de personnel, ce qui met en péril la capacité du professionnel à fournir des soins de qualité aux patients. Il y a donc non seulement un effet négatif au niveau organisationnel mais aussi sur le patient.

Il ne faut pas oublier, comme signalé précédemment, de mentionner les stressors quotidiens issues de la structure organisationnelle. En effet, la charge de travail, la dotation en personnel, les horaires irréguliers, le manque de considération des supérieurs, le manque de clarté du rôle infirmier en psychiatrie, la difficulté dans la

---

<sup>6</sup> Le travail émotionnel est développé dans le chapitre 5.6 « les stratégies et attitudes soignantes pour contrer la chronicité »

relation soignant-soigné, l'implication des patients (...) sont d'autant d'éléments à prendre en considération dans l'épuisement professionnel du personnel infirmier.

O'Connell et Stein disent que les gestionnaires de cas et leurs activités ne sont généralement pas associés au stress et à l'épuisement professionnel, ce qui démontre une adéquation dans leur principe de prise en charge (2011).

Les résultats relevés ci-dessus sont d'autant de facteurs individuels et environnementaux concourant à l'épuisement et à la lassitude des professionnels, provoquant le changement d'établissement et l'abandon de la profession d'infirmier/ère en psychiatrie. En moyenne, 17,9% des européens travaillant en psychiatrie pensent régulièrement à quitter la profession (Estryn-Behar & al., 2006).

Plusieurs théories et approches sur le stress ont été utilisées comme cadre de référence dans les études choisies par l'auteure. La psychodynamique du travail, formulée explicitement ou implicitement, est celle qui revient le plus souvent en lien avec l'accompagnement de personne avec de sévères et persistants troubles mentaux (Estryn-Behar & al., 2006 ; Alderson & al., 2005, Tuveson & al., 2011 ; Goodwin & Gore, 2000 ; Roche & al., 2011 ; Bonsack & al., 2007). De plus, c'est celle qui fait davantage le lien entre le stress, l'épuisement professionnel et l'organisation du travail. Elle sera énoncée dans le chapitre suivant.

## **5.5 L'environnement en hôpital psychiatrique**

L'épuisement professionnel et les problèmes de santé mentale sont principalement dus à la manière dont le travail est structuré et organisé. En effet, comme le rappelle Estryn-Behar et al. (2006), la réorganisation des soins liée aux réformes économiques engagées pour l'ensemble du système de soins influence la satisfaction professionnelle des soignants.

O'Connell et Stein (2011) relatent que, malgré l'émergence de modèles plus axés sur le rétablissement, la prise en charge de patients atteints de graves et persistants troubles mentaux comporte des dysfonctionnements importants.

Ces dysfonctionnements peuvent être identifiés par une théorie utilisée à plusieurs reprises dans les études de l'auteure (Estryn-Behar & al., 2006 ; Alderson & al., 2005, Tuveson & al., 2011 ; Goodwin & Gore, 2000 ; Roche & al., 2011 ; Bonsack & al., 2007). Effectivement, la psychodynamique du travail est un concept récurrent pour

expliquer la relation entre l'organisation du travail et la santé mentale des infirmières. Selon Alderson et al. (2005), ce concept s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives aidant les individus à se faire à leur situation de travail afin de demeurer en santé.

Comme mentionné dans le chapitre précédent, l'ambiance du service et l'environnement psychosocial de travail sont en corrélation positive avec le stress (Tuveson & al., 2011). L'ambiance de service comprend l'environnement physique, la structure sociale et l'interaction sociale. Quant à lui, l'environnement psychosocial du travail comprend la charge de travail, le sous-financement et la pression de la hiérarchie (Tuveson & al., *ibid.*). D'après les résultats de son étude, Tuveson et al. mentionne des sources de souffrance tels, la participation des patients, l'ordre et l'organisation, la clarté des programmes, la clarté des rôles et le climat organisationnel. Ce sont des éléments qui font partie de l'organisation du travail et qui ont un impact sur la santé mentale du personnel infirmier s'ils ne sont pas en adéquation avec les besoins de celui-ci (*ibid.*).

Selon l'étude de Roche et al. (2011), les problèmes organisationnels ont pour origine le manque de dotation en personnel et adéquation des ressources (2,6/4), la non-intégration des infirmières aux affaires de l'hôpital (2,5/4) et le manque d'autonomie et de soutien (2,7/4). En effet, ces résultats suggèrent que les facteurs individuels et environnementaux de la pratique ont une incidence sur la capacité des infirmières, sur leur volonté de s'engager dans la relation thérapeutique et sur la qualité des soins.

Ce qui est particulier dans la revue de littérature de l'auteure est qu'elle s'est intéressée à la chronicité et aux soins au long cours. A cause des changements organisationnels et de la désinstitutionalisation, la psychiatrie pratique de plus en plus d'ambulatoire et de soins dans la communauté. Ceci pour permettre une diminution des coûts de la santé. Avant, « les fous » restaient à l'hôpital toute leur vie. En effet, il est vrai que l'évolution sociale a favorisé un meilleur respect de l'être humain et une appropriation du pouvoir par les patients au dépend du privilège thérapeutique et du contrôle social (Bonsack & al., 2007). Par conséquent, le personnel hospitalier se retrouve à soigner des patients avec des pathologies « lourdes », qui sont dépendants des soignants et qui ont des besoins complexes. Ces patients sont bien souvent, la source de stress et d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier en hôpital psychiatrique.

Comme l'indique les résultats de l'étude de Bonsack & al. partant du regard des acteurs du terrain, la désinstitutionalisation induit l'introduction du travail en réseau et celui-ci constitue un enjeu essentiel de la santé publique pour assurer le traitement des troubles psychiatriques sévères dans la communauté (2007). Cela implique la participation de nombreux partenaires. L'enjeu est aussi d'introduire une organisation du travail entre professionnels très différents par leur statut, leur formation, leurs références culturelles et leur registre d'action (Bonsack & al., *ibid.*). Les résultats démontrent la difficulté des acteurs du réseau de faire le lien entre l'hôpital et la communauté à la sortie de l'hôpital et le manque de préparation des sorties sont unanimement critiqués. Les institutions paraissent cloisonnées. « Tout est fait pour qu'on ne sache pas comment se parler d'un service à l'autre » (Bonsack & al., *ibid.*).

Une autre difficulté en lien avec l'organisation est la déstigmatisation des troubles mentaux. En effet, elle a pour conséquence une augmentation des demandes psychiatriques pour de nombreuses personnes pour lesquelles cette question ne se posait pas avant. A cause de cela, les psychiatres, les institutions et les acteurs sociosanitaires sont débordés. Et cela, les patients atteints de troubles sévères le ressentent. Ils se disent désabusés par l'incohérence de la politique de santé mentale, ils ne se sentent pas entendus par les pouvoirs publics, ils disent être les parents pauvres de la santé, ceux qui subissent tous les changements (Bonsack & al., *ibid.*). En effet, les personnes les plus souffrantes n'ont plus accès aux soins ambulatoires non-urgents et ont tendance à recourir à l'urgence, ce qui augmente l'engorgement dans les services d'urgences.

Ce chapitre démontre que l'accomplissement et la satisfaction professionnelle des infirmières sont le plus souvent négligés au profit de la productivité, ce qui confirme l'impact défavorable de la logique économique sur la pratique des soins. Cela engendre chez les infirmières, une perte de sens du travail infirmier et par conséquence, des problèmes de santé mentale (Alderson & al., 2006).

## **5.6 Les stratégies et attitudes soignantes pour contrer la chronicité des soins au long cours**

Le métier d'infirmier/ère est sûrement l'une des professions les plus couramment associées au travail émotionnel (Mann & Cowburn, 2005). Il s'agit de l'effort employé par le soignant pour réguler l'expression de ses émotions, ceci afin d'être en accord avec les attentes que l'on a de lui en tant que soignant. Les professionnels doivent

inévitablement adopter des stratégies pour gérer leurs émotions (Alderson & al., 2005 ; Mann & Cowburn, 2005 ; Koekkoek & al., 2008, Goodwin & Gore, 2000 ; Repper & al., 1994)

En effet, dans les soins de longue durée (Koekkoek & al., 2008), le patient et le soignant semblent d'abord partager le même objectif, à savoir guérir. Les deux parties se tiennent en otage dans le désir mutuel du succès, de la création d'une alliance contre la chronicité. Cela va durer ainsi jusqu'à ce que le patient rechute et que le soignant perçoive un manque de progression de la part du patient. De ce fait, la démoralisation se trouve dans les deux parties. Les sentiments de désespoir du soignant vont le pousser à aboutir à des tentatives pour éviter l'interaction. Les attentes des soignants et des patients ne sont donc plus les mêmes. Le patient devient dépendant des soins et entre dans une phase minimale de participation. Le manque d'ambition est difficile à accepter par les soignants.

Mann & Cowburn (2005) relèvent dans leurs résultats qu'il existe plusieurs types de travail émotionnel. La stratégie « de surface » (entreprise à 74%), c'est lorsque l'individu simule une émotion appropriée ou gère l'expression du comportement plutôt que des sentiments (expressions faciales, indices verbaux et non-verbaux). La stratégie « de profondeur » (entreprise à 84%), c'est lorsque le soignant essaie réellement de sentir l'émotion que l'on attend qu'il ressente ou qu'il désire afficher. La stratégie de surface est celle qui génère le plus de stress et qui est la moins adéquate car elle demande plus de travail émotionnel que la stratégie de profondeur. D'ailleurs, plus l'interaction avec le soigné est stressante, plus les soignants utilisent la stratégie de surface comme échappatoire.

D'autres auteurs (Goodwin & Gore, 2000) préfèrent utiliser d'autres termes pour démontrer le comportement qu'adoptent les infirmières face au patient atteint de graves troubles mentaux et face aux angoisses que ceux-ci peuvent générer. Ils définissent le terme de « défenses sociales ». En voici quelques exemples :

- La distanciation sociale : s'engager dans d'autres activités (tâches administratives, activités avec d'autres membres de l'équipe, etc.) pour ne pas s'engager dans la relation. L'empathie est très difficile avec les personnes atteintes de psychoses. Par peur de devenir fou, de perdre le contrôle ou de subir de violentes attaques, les soignants se construisent un environnement calme et

maintiennent une distance sociale. Les infirmières n'évitent pas le contact avec les patients mais avec leur état mental.

- Le détachement émotionnel : nier ses propres sentiments (anxiété, culpabilité, impuissance, dépression, hostilité) pour avoir un comportement acceptable. Les soignants utilisent souvent la plaisanterie et l'évitement.
- La réduction de la stimulation : stopper les activités productives (ex : groupe patients) pour tuer le temps avec la télévision, les jeux de société, les silences et la conversation au sujet du temps qu'il fait. Ceci pour ne pas avoir à faire avec l'échec, l'impuissance et la frustration.
- La dépendance : En reconnaissant les besoins de dépendance des patients et les dangers que leur non prise en charge puisse comporter, les soignants sont anxieux et ont peur par rapport à la responsabilité. Ils ont peur de devenir eux-mêmes dépendants, vulnérables ou hostiles envers le patient. Pour éviter cette anxiété, ils utilisent la plaisanterie, les jeux, l'inversion des rôles, la prise de décision partagé et le déni de leurs propres sentiments.
- Faire au mieux avec la chronicité des problèmes : les infirmières, malgré leurs attentes face à des patients chroniques, doivent faire au mieux pour durer dans les soins. Elles pourraient être anxieuses par rapport à l'échec, à l'impuissance, à la frustration, à la déception et au désespoir qu'elles ne peuvent pas arranger les choses. Pour contrer ces problèmes, elles sont dans la nécessité de se tenir occupé sans rien changé, puisque cela ne changera pas. Elles utilisent l'atmosphère calme, l'intérêt pour un nouveau patient, l'utilisation du cynisme, des activités non-dirigées et un équilibre entre espoir et réalité comme défenses sociales.

Ces défenses sociale facilitent l'évasion de l'anxiété à court terme mais ne contribue guère à sa véritable réduction à long terme et ne vas pas dans le sens de soigner la personne malade (Goodwin & Gore, 2000).

Malgré plusieurs résultats en lien avec la difficulté de la relation thérapeutique et contrairement aux stratégies citées ci-dessus, l'étude d'Alderson et al. (2005) mentionne cette relation d'aide comme source de plaisir et comme stratégie efficace autant pour le soignant que pour le patient. L'investissement dans la relation d'aide avec les patients et les familles est une stratégie positive pour plusieurs infirmiers/ères. En effet, c'est une manière de compenser l'ensemble des frustrations, des insatisfactions et des souffrances

vécues. C'est dans cette relation que les infirmières trouvent l'utilité de leurs compétences en soins de longue durée, trouvent un sens à leur travail, construisent leur nécessaire valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance. Cette relation d'aide est au cœur de l'équilibre psychique des infirmières. Elle ouvre un sens et un plaisir au travail (Alderson & al., 2005).

Une autre stratégie positive est mentionnée à travers le travail du gestionnaire de cas. En effet, Repper et al. (1994) et O'Connell et Stein (2011) mettent en évidence les stratégies pour surmonter la difficulté de la relation au long cours. Le fait de faire des prévisions réalistes permet d'anticiper le rythme lent et fluctuant du progrès ou du changement. Cela réduit l'anéantissement et évite les sentiments d'échec du soignant et du soigné. Voir les perspectives à long terme permet au gestionnaire de cas de rester positif face au refus et de mettre petit à petit le patient en confiance. Une attitude de compréhension positive et empathique envers le patient est également adoptée. Cela permet d'aider le soignant à voir les problèmes du point de vue du patient et à mieux comprendre les souhaits de celui-ci. Comme mentionné précédemment, la flexibilité du gestionnaire de cas lui permet de répondre aux besoins individuels du patient et de lui donner du pouvoir sur sa prise en charge. L'étude de O'Connell et Stein relate que les patients ayant un gestionnaire de cas avec des croyances plus optimistes au sujet des ressources internes des personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants arrivent mieux à gérer l'adversité (2011). Le cadre philosophique positifs et le vaste rôle du gestionnaire de cas lui permet donc d'adopter des stratégies efficaces pour contrer la chronicité.

L'auteure tient à signaler qu'en dépit de ses représentations de départ, la supervision ne fait partie d'aucune recherche scientifique sélectionnée et n'est donc dans ce cadre, pas considérée comme une stratégie de protection face aux soins au long cours.

Ces six catégories sont implicitement liées. En effet, on ne peut parler de stress et d'épuisement sans parler du rôle infirmier, de l'environnement, de la relation soignant-soigné ou de stratégies défensives et inversement. Comme mentionné dans la problématique, il est essentiel de prendre en compte l'ensemble du contexte de la psychiatrie, en se référant aussi bien aux aspects institutionnels que relationnels. C'est la réunion de ces thèmes qui permettent de comprendre le sens et le vécu de la chronicité en hôpital psychiatrique et de comprendre l'usure des soignants face à celle-ci.

## 6. DISCUSSION

L'auteure va tout d'abord poser un regard critique sur les études sélectionnées. Il s'agira d'évaluer la rigueur méthodologique et la qualité de ses recherches. Ensuite, les résultats les plus importants seront discutés en se basant sur les cadres de références développées au chapitre 3 de cette revue de littérature étoffée. L'enjeu de cette discussion est de répondre à la question de recherche de l'auteure soit :

*« Quel est le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours ? »*

C'est pourquoi, un troisième chapitre résumera les résultats des ressentis du personnel infirmier, les principaux problèmes liés à l'accompagnement de personnes ayant de graves troubles mentaux et les stratégies utilisées pour contrer la chronicité des soins au long cours.

### 6.1 Regard critique sur les études retenues

La revue de littérature de l'auteure comporte 11 recherches scientifiques. Toutes les recherches ont été analysées à l'aide de la grille critique de recherche selon Fortin (2006, cité par Nadot, (s.d.)) que l'auteure a ajusté pour sa revue (cf annexe D). De par son sujet, l'auteure a réalisé une revue de littérature majoritairement qualitative. En effet, elle contient 8 articles qualitatifs et 3 articles quantitatifs (cf annexe E), ce qui correspond aux objectifs de départ. Par conséquent, ceci a permis de mettre en évidence le vécu et le ressenti des soins au long cours en psychiatrie tels qu'énoncé par le personnel infirmier et par les patients atteints de troubles mentaux chroniques.

L'ensemble des recherches sélectionnées respectent les critères de rigueur méthodologique du travail de Bachelor Thesis selon la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les chercheurs et professionnels de santé en psychiatrie étaient qualifiés pour effectuer ces recherches. Ils ont toujours demandé l'approbation des chefs de cliniques et des responsables d'unité pour effectuer leur enquête (Tuveson & al., 2011).

Le point de vue éthique a également été respecté puisque les participants bénéficiaient d'un consentement éclairé, ils avaient le temps et l'espace pour exprimer leurs préoccupations et le but de la recherche leur était à chaque fois expliqué. De plus, pour plusieurs articles, les diverses commissions d'éthique du pays concerné par la recherche ont donné leur autorisation et ont contrôlé le bon déroulement du projet.



Pour augmenter la rigueur méthodologique, plusieurs recherches mentionnent l'utilisation des critères de rigueur de la recherche qualitative tels que proposés par Guba et Lincoln (Alderson & al., 2005 ; Lester & Tritter, 2008 ; Goodwin & Gore, 2000 ; Koekkoek & al., 2008 ; Repper & al., 1994). La validation et la retranscription sont les critères les plus évoqués. Le seuil de significativité des études ne dépassent jamais 0,5 (Estryn-Behar & al., 2006 et Tuveson & al., 2011).

Les outils d'analyse tels le logiciel Nvivo, le SPSS 12.0, le test X<sup>2</sup> de Pearson, le MaxQDA, le Spearman rank correlations, l'Anova, le chi carré et le smart PLS ont permis aux différents auteurs d'analyser les résultats de manière rigoureuse et d'utiliser des modèles de régression. Ce sont des outils d'analyse reconnus, ce qui augmente la crédibilité de la revue de l'auteure.

La majorité des années de publication se situe entre 2005 et 2011 (n=9). Deux recherches datent de 1994 et de 2000. Ceci souligne la difficulté de l'auteure à réunir dans un article tous les thèmes de sa question de recherche soit : le personnel infirmier en hôpital psychiatrique, son vécu, la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux graves et persistants dans le long terme et les stratégies des soignants pour durer dans les soins. C'est pourquoi ses articles ont des sujets différents mais qui, au final, permettent de répondre à sa question de recherche.

Pour les limites de cette revue de littérature, l'auteure relève certains éléments. Premièrement, plusieurs études ont un faible taux d'échantillonnage, ce qui rend les données difficilement généralisables. Ensuite, de par son devis qualitatif, les structures de certaines recherches ne sont pas toujours rigoureuses. Par exemple, l'étude de Repper et al., (1994) ne contient pas de « mesh terms » et l'intervalle de temps dans laquelle l'étude s'est déroulée n'est pas indiqué. De plus, l'année de parution peut être un biais puisque les soins psychiatriques ont subi de nombreux changements depuis cette année-là. Dans l'étude de Goodwin et Gore (2000), l'observation est l'outil de récolte de données. La subjectivité du chercheur et sa présence dans un service peuvent biaiser les résultats. L'auteure relèverait également que sa revue ne comporte qu'une étude Suisse. Le vécu et les problèmes liés à l'accompagnement des patients ayant des troubles mentaux chroniques peuvent varier d'un pays à l'autre. L'auteure ne peut donc pas confirmer d'éventuelles similitudes dans son pays.

Un tableau récapitulatif comprenant les auteurs, l'année de parution, le pays dans lequel l'étude a été effectuée, le type de devis, la rigueur méthodologique et le résumé de chaque étude, se trouve en annexe F. Il permet d'avoir une vision globale du regard critique de l'auteure sur ces études.

## **6.2 Discussion des résultats en lien avec les cadres théoriques**

Les principaux résultats des recherches sélectionnées sont discutés dans ce chapitre, ceci en s'appuyant sur les cadres de références développés précédemment par l'auteure soit : le coping et la psychodynamique du travail. L'auteure a choisi de regrouper ses six catégories de résultats en trois thèmes qui sont pour elle, les plus pertinents.

### ***6.2.1 La difficulté de la relation et le stress professionnel***

L'auteure a mis en évidence dans ses études que travailler au plus près de la souffrance psychique des personnes est une lourde charge mentale (Estryn-Behar & al., 2006). En général, les infirmières ont besoins de trouver un sens pertinent à leurs soins pour pouvoir prendre part activement à la relation et pour pouvoir retirer de la satisfaction de leur travail (Repper & al., 1994). Dans les résultats des études de l'auteure, les infirmières ne trouvent pas de sens dans leur travail et c'est pour cela qu'elles ne sont pas satisfaites et qu'elles s'épuisent.

En effet, dans les résultats, les professionnels vont tous dans le même sens. L'accompagnement de personnes atteintes de graves et persistants troubles mentaux est difficile, engendre fréquemment des sentiments négatifs et amène à l'insatisfaction et à l'épuisement du personnel infirmier. De plus, l'investissement personnel nécessaire dans ce type de prise en charge, conduit couramment le soignant à avoir des répercussions sur sa vie professionnelle et personnelle.

De plus, les études sélectionnées démontrent de manière significative que les infirmières en psychiatrie travaillent dans un environnement de stress élevé (Estryn-Behar & al., 2006 ; Aderson & al., 2005 ; Koekkoek & al., 2008 ; Tuvesson & al., 2011 ; Mann & Cowburn, 2005). Quant à lui, Piquemal-Vieu (2001) relate que le stress professionnel peut devenir pathologique et perturber les comportements, l'état psychique et la gestion des émotions. Cela peut avoir des conséquences sur la relation avec le patient et sur la qualité des soins donnés. Effectivement, la dégradation de l'état de santé mentale du

personnel infirmier a de nombreuses conséquences puisqu'elle amène à l'épuisement professionnel, à l'absentéisme et à l'abandon de la profession par les infirmiers/ères.

La psychodynamique du travail s'intéresse à l'univers du travailleur et tente de comprendre les rapports complexes que l'individu entretient avec son travail (Matter, 2009). La PDT comporte des concepts en lien avec la difficulté de la relation telle la charge psychologique du travail ou la souffrance et le plaisir. Selon Dejours (1980) qui est le fondateur de la PDT, la charge psychique qui se réfère « à la participation affective de l'homme à sa situation de travail » est une partie centrale de la PDT. Celle-ci cherche à comprendre si le travail qu'effectue l'individu offre une échappatoire suffisante et adéquate. Comme le mentionnent également les résultats, le danger principal est la sous-utilisation des compétences et des connaissances, en un mot, du potentiel psychique de l'individu.

En lien avec la problématique de l'auteure, la PDT est un outil intéressant pour la psychiatrie car comme susmentionné, elle cherche à comprendre le soignant et la charge psychique qu'il subit quotidiennement. Ceci par exemple avec des patients ayant besoins de soins au long cours qui demandent une grande implication dans la relation thérapeutique de la part des infirmières, ce qui est souvent plus qu'elles ne peuvent donner (Koekkoek & al, 2008). En effet, l'engagement dans la relation soignant-soigné reste un aspect critique du rôle de l'infirmière en santé mentale (Roche & al., 2011).

### ***6.2.2 L'organisation du travail et son incidence sur la santé des soignants***

Les représentations sociales de la folie et de la maladie mentale sont toujours marquées par la dimension de dangerosité et de non curabilité. Malgré cela, la psychiatrie a évolué. A l'heure actuelle, l'augmentation croissante des demandes de prises en charges, la sectorisation, la baisse des lits d'hospitalisation, l'ambulatoire et le travail en réseau sont d'autant d'éléments qui poussent vers une nécessaire réorganisation des soins (Estryn-Behar & al., 2006).

Plusieurs études relatent le fait que l'épuisement professionnel et les problèmes de santé mentale sont principalement dus à la manière dont le travail est structuré et organisé. « La psychodynamique du travail (...) s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir, de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de faire face aux exigences tout en restant en santé » (Dejours et Abdoucheli, cité par Matter, 2009, p.1). En effet, l'auteure met en évidence

l'importance de l'organisation des soins sur la santé mentale des infirmier/ères. Il est évident que la charge de travail et le manque de dotation, le manque de soutien de la hiérarchie, le manque de dotation en personnel, le manque d'utilisation des compétences, d'autonomie et de pouvoirs décisionnels (...) ont tous une influence sur la satisfaction du personnel infirmier, sur sa santé physique et psychique et sur sa capacité à livrer des soins de qualité (Roche & al., 2011 ; Estryn-Behar & al., 2006 ; Alderson & al., 2005 ; Tuveson & al., 2011 ; Bonsack & al., 2007).

En effet, « travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même et se révéler à soi-même. Outre le fait d'être un lieu de production de soi, le travail est également un lieu de production de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise, essentiellement, de la reconnaissance » (Dejours, 1993b, cité par Alderson & al., 2005).

Comme mentionné dans les résultats, les recherches antérieures avaient déjà investigué les problématiques sur le stress, l'épuisement professionnel et l'organisation des soins. Cependant, il y a très peu voire pas de recherches effectuées sur ces thématiques lors de soins au long cours (Alderson & al., *ibid.*). C'est malheureusement dans ce contexte où peu d'investigations ont été faites que cela pose problème. En effet, comment ne pas s'épuiser quand les patients ne progressent pas, quand ils ont des pathologies lourdes qui demandent un accompagnement complexe, quand les rechutes se succèdent et quand la volonté de s'engager dans la relation disparaît. L'organisation du travail comprend aussi le patient et son implication dans les soins car ils ont beaucoup d'incidence sur la santé du soignant.

L'auteure remarque que le personnel infirmier subit les changements, qu'il doit se conformer aux nouvelles structures organisationnelles, politiques ou économiques. Même s'il n'est pas en accord avec celles-ci. De plus, il n'est généralement pas consulté alors qu'il est fréquemment au cœur même des préoccupations. L'utilisation de la psychodynamique du travail permet de donner aux infirmières, la place qui leur revient, soit celle de sujets porteurs de sens (Alderson & al., *ibid.*). La PDT est un outil intéressant puisqu'elle apporte des éléments de réponse ou de solution des préoccupations vécues sur le terrain. De plus, elle prend en compte les désirs des

travailleurs, ce qui implique des changements dans l'organisation du travail pour les satisfaire.

Ce qui a également été relevé dans les changements organisationnels, c'est qu'il y a de plus en plus de soins ambulatoires. Ceci permet aux gestionnaires de diminuer les coûts (Bonsack & al., 2007). Là encore, les soignants n'ont aucun pouvoir. De plus, cela signifie une centralisation des pathologies « lourdes » en hôpital, ce qui a une incidence sur la santé mentale du personnel infirmier.

Pour conclure ce chapitre, nous devons garder à l'esprit qu'il faut considérer le travail infirmier comme une construction sociale toujours en évolution et qui est intimement liée aux processus socio-historiques du moment (Alderson & al., 2005).

### ***6.2.3 Durer dans les soins***

Selon Déjours, les travailleurs ne sont pas passifs aux contraintes liées au travail et sont capables de se protéger de leurs effets nocifs sur la santé mentale en développant des stratégies défensives (cité par Alderson & al., 2004).

D'après plusieurs auteurs, les professionnels doivent inévitablement adopter des stratégies défensives pour gérer leurs émotions et pour gérer la difficulté de travailler avec des personnes souffrant de graves troubles mentaux (Alderson & al., 2005 ; Mann & Cowburn, 2005 ; Koekkoek & al., 2008, Goodwin & Gore, 2000 ; Repper & al., 1994). Le coping est un concept adapté ici puisque c'est lui-même une stratégie d'adaptation qui permet aux soignants de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de la situation stressante. En effet, comme le dit Ray et al., (1982, cité par Piquemal-Vieu, 2001), le coping peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine de la situation stressante (par exemple épuisement professionnel, insatisfaction, difficulté dans la relation) et il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (par exemple l'anxiété, la frustration, l'échec, l'impuissance, etc.). Comme mentionné dans les résultats, le personnel infirmier en psychiatrie utilise des stratégies défensives telles la distanciation sociale ou le détachement émotionnel car cela lui permet de ne pas s'impliquer en profondeur dans la relation et de le préserver de la souffrance de l'autre. La stratégie de coping centrée sur l'émotion relate que pour atténuer son stress, l'individu recourt à diverses méthodes comme la minimisation de la menace, la prise de recul, la fuite, l'évaluation positive de la situation, l'autoaccusation ou le soutien émotionnel (Piquemal-Vieu, *ibid.*). Ceci montre la similitude et

l'adéquation entre le cadre de référence qu'est le coping et les stratégies défensives découvertes par l'auteure.

Comme dans les résultats, certaines stratégies de coping sont perçues comme socialement positives et efficaces dans la relation. Par contre, d'autres sont considérées comme socialement négatives et inefficace à court terme car elles génèrent de l'anxiété et diminuent la qualité des soins donnés au patient. Concernant le choix de la stratégie, le personnel doit être sélectif dans leur utilisation et n'employer que ceux qui aident à travailler avec le patient (Goodwin & Gore, 2000). Jusque-là, les résultats des recherches de l'auteure et le cadre de référence sont toujours en adéquation. Cependant, Piquemal-Vieu (2001) parlant du coping, dit que le coping négatif n'est pas nécessairement inefficace ou dangereux, ce que ne disent pas les études de l'auteure. En effet, il mentionne que la crise passée, l'éloignement des sentiments d'impuissance et des menaces permettent alors de faire appel à des stratégies dites positives qui sont efficaces sur du long terme et qui diminuent le risque de burn-out. Ceci renforce le sens d'accomplissement personnel et le sentiment d'identité de l'infirmière. Elle peut alors élaborer un projet de soi en accord avec son projet professionnel.

Les cadres de références sont adéquats ici puisqu'ils comportent tous deux des stratégies défensives pour faire face aux stressseurs.

L'auteure a remarqué que les articles scientifiques des bases de données étudient habituellement une situation problématique ou une préoccupation clinique. Ce qui a généralement pour conséquences des écrits mentionnant uniquement les problèmes et éléments négatifs de ces préoccupations. Il y a peu d'études sur ce qui va bien, sur ce qui est satisfaisant et qui ne requière pas de changement. C'est pourquoi, les études sélectionnées par l'auteure relatent particulièrement les éléments et ressentis négatifs de la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux chroniques qui ont besoins d'être améliorés et non des plaisirs qu'elle pourrait engendrer.

### **6.3 Réponse à la question de recherche**

Suite à tous ces éléments, l'auteure peut ainsi répondre à sa question de recherche et définir « *le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours* », ceci en faisant une synthèse des principaux résultats.

Les ressentis principalement évoqués par le personnel infirmier s'occupant de personnes atteintes de graves et persistants troubles mentaux sont :

- *L'impuissance*                      - *La frustration*                      - *La souffrance*
- *La déception*                      - *Le désespoir*                      - *L'anxiété*
- *L'ennui*                              - *L'échec*                              - *Le plaisir*

Les problèmes en lien avec l'accompagnement de personnes ayant des troubles mentaux chroniques et demandant une prise en charge complexe sont principalement :

- *Le stress / l'épuisement professionnel*
- *La définition floue du rôle infirmier*
- *Le manque de reconnaissance, d'utilisation des compétences, de soutien, d'autonomie et de pouvoir décisionnel*
- *Le manque de participation des patients*
- *La dépendance et les comorbidités des patients*
- *Les changements organisationnels, politiques et économiques*
- *La chronicité, l'irréversibilité, la durabilité, le manque de progrès*
- *Le manque de coordination entre les différents professionnels*

Les stratégies de protection et le travail émotionnel fréquemment utilisés par le personnel infirmier pour faciliter l'évasion de l'anxiété à court terme sont exposés. Attention, cela ne contribue pas à sa véritable réduction sur du long terme et ne va pas dans le sens de soigner la personne malade :

- *Les stratégies de surface*
- *Les stratégies de profondeur*
- *La distanciation sociale*
- *Le détachement émotionnel*
- *La réduction de la stimulation*
- *la dépendance*
- *Faire au mieux avec la chronicité des problèmes*

Les stratégies de protection qui sont efficaces et qui sont une source de plaisir autant pour le soignant que pour le soigné sont :

- *L'investissement dans la relation d'aide avec les patients et les familles*
- *Les principes et le travail du gestionnaire de cas*

Comme mentionné dans ces résultats, les soins psychiatriques au long cours teintent le travail des soignants. En effet, la majorité des ressentis engendrés par un tel accompagnement sont négatifs.

Mais soigner dans la durée implique un questionnement de la part des infirmiers\ères en psychiatrie. En effet, « qu'est-ce que soigner quand la guérison n'est plus possible ? ». Se poser cette question en revient à se questionner sur le sens du soin, sur le sens du rôle infirmier et sur la répercussion de ses soins sur l'identité professionnelle et personnelle.



## **7. PERSPECTIVES**

### **7.1 Implications et recommandations pour la pratique**

Pour sa part, l’auteure propose les éléments suivants pour l’implication des soignants et la pratique professionnelle.

Selon Koekkoek et al. (2008), les experts préconisent des changements dans l’attitude des professionnels et dans l’organisation des soins pour avoir une approche qui prend en compte la chronicité. Ils favorisent des soins de longue durée qui sont structurés et fondés sur un partenariat renforcé avec d’autres professionnels. Alors, on saura que cela va lentement, qu’il y a des hauts et des bas, qu’il y aura des rechutes mais que c’est normal. Ces experts espèrent que cela réduira la démoralisation et que les soignants arrêteront de croire que les patients vont finir par s’améliorer et qu’ils n’auront pas besoins de soins de longue durée.

L’auteure proposerait également à ses futures collègues de prendre en compte la réhabilitation sociale. Ce point de vue social a besoin de plus d’attention et, en soi, peut favoriser des changements positifs dans les attitudes des professionnels. Pour avoir une prise en charge au long cours de qualité, les infirmières en santé mentale devront introduire les objectifs de réadaptation avec le traitement psychopharmacologique et les compétences psychothérapeutiques (Koekkoek & al., *ibid.*).

Les résultats de cette revue invitent à participer à la transformation des conditions de travail préjudiciables à la santé mentale des infirmières pour que ces conditions soit à nouveau perçues par les infirmières comme lieu de croissance personnelle ainsi qu’un lieu producteur de dignité humaine, de sens et de santé mentale (Brun, 2001, cité par Alderson & al, 2005).

L’auteure va, suite à la réalisation de ce travail, le transmettre dans une unité de soins traitant des psychoses débutantes. Le retour et les commentaires que les soignants de cette unité feront sur cette revue de littérature serviront de mise en perspective et de regard de la pratique pour l’argumentation de la soutenance.

### **7.2 Recherches ultérieures**

Concernant les recherches ultérieures, cette revue de littérature étoffée met en lumière quelques propositions de recherches :

- L'impact des restructurations et changements organisationnels sur la santé des soignants en hôpital psychiatrique.
- Recherches plus précises sur l'impact des soins au long cours sur l'état de stress du personnel infirmier en psychiatrie. Le stress est généralement associé à tout sauf aux soins de longue durée et à la chronicité.
- Le développement plus détaillé du concept de réhabilitation, de l'impact de la déficience du patient sur sa vie et ses chances de réintégrer la société. Cela permettrait aux infirmières de santé mentale d'améliorer leur prise en charge.
- Le besoin de formation des infirmières dans l'accompagnement de personnes atteintes de troubles mentaux chroniques.

## CONCLUSION

En conclusion, ce travail a permis de mettre en évidence le vécu du personnel infirmier en hôpital psychiatrique lors de soins au long cours et de ce fait, de répondre à la question de recherche de l'auteure. Celle-ci peut ainsi souligner des dysfonctionnements considérables quant à la prise en charge de patients atteints de graves troubles mentaux. En effet, les sentiments négatifs des soignants, leur épuisement professionnel et leur travail émotionnel pour contrer ces ressentis négatifs sont d'autant d'éléments qui démontrent la gravité de la situation. Si rien ne se fait, l'absentéisme et la pénurie vont devenir centraux dans les unités de soins de longue durée en psychiatrie. Une réorganisation des soins est donc nécessaire. Il faut que les gestionnaires prennent conscience de ceci pour pouvoir favoriser des changements positifs dans les attitudes des professionnels et ainsi améliorer la prise en charge et la qualité de soins des patients atteints de maladies psychiatriques chroniques.

L'auteure se permet ici d'utiliser le « je » pour exprimer ses apprentissages réalisés suite à l'élaboration de cette revue de littérature étoffée. Il s'agit de ma première expérience dans la recherche scientifique. Au départ, le chemin à parcourir me paraissait insurmontable avec toutes ces nouvelles notions à appréhender. Cependant, j'ai acquis un certain savoir scientifique, notamment la méthodologie qui comprend la recherche d'articles scientifiques sur des bases de données ou encore les méthodes de recherches et d'analyses pour élaborer une recherche scientifique. Mis à part cette méthodologie, j'ai énormément appris sur ma thématique. En effet, suite à ce travail, je suis sensibilisée à l'impact de l'accompagnement de patients atteints de graves troubles mentaux et des conséquences engendrées par cet accompagnement sur la santé des soignants. De plus, la chronicité et les soins au long cours ne sont pas présents qu'en psychiatrie mais sont transférables dans d'autres domaines tels le handicap, les maladies cardiaques, le diabète, les maladies génétiques, etc. Je pourrai également renseigner mes futures collègues et si besoin, me positionner en tant que professionnel, ceci grâce aux connaissances acquises durant ce travail.

Finalement, malgré la pénibilité qu'engendre un tel travail, je suis contente de moi, de ce que j'ai réalisé et surtout du résultat final. Je suis certaine que cela me servira pour ma future pratique professionnelle.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **OUVRAGES**

- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris : Dunod.
- Delion, P. (2004). *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui : Historicité et institution*. Ramonville Saint-Agne : éditions érès.
- Lantéri-Laura, G. (1997). *La chronicité en psychiatrie*. France : Institut Synthélabo.
- Loisel, C.G. (2007). *Trouver de la documentation et en faire l'analyse*. In C.G. Loisel (Ed.), *Méthodes de recherche en sciences infirmières* (pp. 137-157). Québec : ERPI.
- Masseix, F. (1998). *Guide des soins infirmiers en santé mentale*. Vincennes : Editions Hospitalière.
- Merkl, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : Editions Seli Arslan SA.
- Molinier, P. (2006). *Les enjeux psychiques du travail*. Paris : Editions Payot & Rivages.
- Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Vérot, J.-P. & Barbot, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson.
- Sager-Tinguely, C. & Weber, C. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. France : Lamarre.

## **RAPPORT, POLYCOPIES, NOTES DE COURS**

- Matter, C. (2009). *Psychodynamique du travail*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nadot, N. (2009). *Processus de recherche : phases et étapes*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nadot, N. (s.d.). *Lecture critique d'une recherche*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Quinodoz, M.-N. (2011). *Stress et approche psychodynamique du travail*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.

## **ARTICLES ET REVUES PÉRIODIQUES**

- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. *Santé mentale au Québec*, 1, 243-260.
- Alderson, M. (2004). La psychodynamique du travail et le paradigme du stress : une saine et utile complémentarité en faveur du développement des connaissances dans le champ de la santé au travail. *Santé mentale au Québec*, 1, 261-280.
- Bussy, Y. (2010). Résister au temps et à l'ennui. *Santé mentale*, 149, 52-57.
- Chemla, P. (2010). Relation soignante et suivi au long cours. *Santé mentale*, 149, 26-31.
- Coldefy, M., Le Fur, P., Lucas-Gabrielli, V. & Mousquès, J. (2010). Sectorisation et soins au long cours. *Santé mentale*, 149, 34-39.
- Hecktor, L. (2010). Le temps dans la psychose. *Santé mentale*, 149, 45.
- Lançon, J.-F. (2012). Le secteur est mort, vive la psychiatrie polaire ? *Santé mentale*, 166, 16-21.
- Marie, P., Mazeran-Lumley, V., Faruch, C., Pinel, C. & Fernandez, P. (2004). « Burn-out » : éléments sur les logiques de l'effondrement professionnel: Réflexion autour du risque d'effondrement chez les professionnels de santé mentale. *Cairn info*, 55, 27-33.
- Muldworf, L. (2010). Temporalité des soins et psychose. *Santé mentale*, 149, 40-44.
- Pellet, J. & Lima, J. (2011). Stress et burn out en psychiatrie, menace sur la relation thérapeutique. *Soins infirmiers*, 11, 50-53.
- Piquemal-Vieu, L. (2001). CONCEPTS, STRESS, COPING : le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, N° 67, 84-98.

## **ARTICLES SCIENTIFIQUES INCLUS DANS LA REVUE DE L'AUTEURE**

- Alderson, M. & al. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmier*, 80, 76-86.
- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A. & Guex, P. (2007). Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des

troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'encéphale: Département universitaire de psychiatrie adulte (DP-CHUV)*. 33, 751-761.

- Estry-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O. & Bocher, R. (2006). Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens (PRESST-NEXT). *Annales médico psychologiques*, 164, 732-748.
- Goodwin, A-M & Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness : A psychodynamic observation study of a long-stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 311-325.
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2008). Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (6), 689-697.
- Lester, H. & Tritter, J. Q. (2005). "Listen to my madness": Understanding the experience of people with serious mental illness. *Sociology of Health & illness*, 27 (5), 649-669.
- Mann, S. & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.
- O'Connell, M.-J. & Stein, C.-H. (2011). The Relationship Between Case Manager Expectations and Outcomes of Persons Diagnosed with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47, 424-435.
- Repper, J., Ford, R. & Cooke, A. (1994).How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1096-1104.
- Roche, M., Duffield, C. & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1475-1486.
- Tuveson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. (2011). Perceived Stress among Nursing Staff in Psychiatric Inpatient Care: The Influence of Perceptions of the Ward Atmosphere and the Psychosocial Work Environment. *Mental Health Nursing*, 32, 441-448.

### ***MEMOIRES DE DIPLOME***

- Scarpellini, N. (2008). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en établissement médico-social*. Mémoire de fin d'études, Haute Ecole de Santé La Source de Lausanne.

### ***SITES WEB***

- Gingras, F.-P. (2004). Quelques cadres de références pour la recherche. [Page WEB]. Accès : <http://aix1.uottawa.ca/~fgingras/metho/cadres.pdf> [Page consultée le 5 mai 2011].
- Organisation mondiale de la santé. (2011). La santé mentale : renforcer notre action. [Page WEB]. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> [Page consultée le 2 avril 2011].

# **ANNEXES**

## **ANNEXE A : Déclaration d'authenticité**

« Je déclare avoir effectué personnellement ce travail, en respectant les normes et les règles selon les directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. De plus, les références utilisées sont nommées et identifiées. »

Lucie Magnin



## **ANNEXE B : Concepts de la psychodynamique du travail selon Alderson (2004)**

Cette section fait état des principaux concepts de la PDT, lesquels sont présentés dans un ordre qui respecte l'enchaînement logique des idées et facilite la compréhension.

### ***Le travail***

La PDT définit le travail comme « l'activité déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail » (Davezies, 1991). L'approche met l'accent sur la dimension humaine du travail et situe le sujet au sein de l'activité de travail : « Le travail est par définition humain, puisqu'il est convoqué là où précisément l'ordre technologique-machinal est insuffisant » (Dejours, 1993a, 220). La PDT aborde ainsi le travail en tant qu'activité humaine, c'est-à-dire comme un comportement investi par la subjectivité de celui qui l'accomplit (Carpentier-Roy, 2001). L'essentiel du travail lui apparaît de l'ordre de la subjectivité, laquelle n'appartient pas au monde visible (Dejours, 2000, 16) : « Ce qu'il faut mobiliser de soi-même pour travailler bien est beaucoup plus vaste que ce qui peut être immédiatement soumis à l'observation. [...] le travail est l'épreuve privilégiée de la subjectivité par elle-même ».

Le travail peut être vu comme une activité de production qui d'une part, transforme le monde et d'autre part, permet à l'intelligence et à l'ingéniosité humaine de s'exprimer. Si ces deux pouvoirs du travail sont traditionnellement reconnus par les sciences humaines, la PDT réfère à un troisième pouvoir considéré avec circonspection par la tradition, soit celui de faire advenir le sujet (Dejours, 1993a). En effet, travailler n'est pas seulement produire pour transformer le monde, c'est aussi se transformer soi-même, se produire soi-même et se révéler à soi-même. Outre le fait d'être un lieu de production de soi, le travail est également un lieu de production de rapports sociaux, un lieu où l'identité et le positionnement social se construisent par l'entremise, essentiellement, de la reconnaissance (Dejours, 1993b). Finalement, le travail « c'est aussi toutes les conséquences des aménagements défensifs pour compenser la souffrance au travail, sur l'économie des relations conjugales, des relations avec les enfants et, au-delà, sur les rapports sociaux entre les hommes et les femmes » (Dejours, 2000, 17).

De tout temps, le travail a présenté deux visages opposés : l'un favorable, source de plaisir, facteur d'accomplissement, soutien de l'identité et ami de la santé, l'autre

défavorable, source de souffrance et de possibles troubles tous azimuts (Moulin, 1980). Source de création, de liberté, de plaisir et d'équilibre ainsi que source de contraintes, cause de souffrance et d'éventuels dérives vers la maladie ; voilà tout le paradoxe du travail (Carpentier-Roy, 2001 ; Dejours, 1980b). Aussi la PDT a pour caractéristique de considérer le travail comme une « activité subjectivante dans laquelle contrainte objective et processus subjectif s'étayent mutuellement » (Dejours, 1995a, 47). En cela, l'approche de la PDT présente l'avantage théorique de dépasser la vision technique, instrumentale, utilitaire et objective du travail (Vézina et Carpentier-Roy, 2000).

### ***La santé et la normalité***

L'approche de la PDT considère que la santé parfaite n'existe pas ; celle-ci constitue à ses yeux davantage un idéal et une fiction. Aussi, réfère-t-elle à la notion de normalité, laquelle est définie comme « un état réel (et non un idéal) où les maladies sont stabilisées et les souffrances sont compensées » (Dejours, 1995b, 3). La normalité n'est donc exempte de souffrance : « La souffrance y est seulement compensée de façon acceptable par de multiples stratégies défensives [...] ». Dejours et Molinier (1994) recourent d'ailleurs au concept de normalité souffrante exprimant ainsi que la normalité est un résultat conquis de haute lutte contre la déstabilisation par les diverses contraintes de travail. La normalité n'est en effet, ni un état stable, ni un état passif ; elle est « une conquête difficile, jamais définitivement acquise, toujours à reconstruire » (Dejours, 1995b, 3).

### ***L'identité comme armature de la santé mentale au travail***

La PDT problématise la question de la santé mentale au travail à partir de l'identité. La psychiatrie et la médecine psychosomatique considèrent que l'identité est le noyau central de la santé mentale (Dejours, 1993a, 1995b). Les travaux de Dejours (1980a, 1980b, 1985, 1987a, 1987b), de Mendel (1985), de Meyerson (1952, 1955) et de Sainsaulieu (1985) ont démontré à quel point la question de l'identité se vit et se joue sur les lieux du travail ; ils indiquent combien, à travers les conditions et les relations de travail telles que structurées par l'organisation du travail, l'individu est ballotté entre ses désirs et l'utilisation qui en est faite par les gestionnaires.

Contrairement à la personnalité qui demeure stable au cours de la vie de l'individu, l'identité est cette partie de l'individu qui n'est jamais définitivement acquise, jamais définitivement stabilisée et qui nécessite une confirmation continuellement réitérée

(Dejours et al., 1994). L'individu ne tient jamais son identité exclusivement de lui-même ; celle-ci passe par le regard d'autrui : « Je ne peux pas découvrir isolément mon identité : je la négocie dans un dialogue, en partie extérieur, en partie intérieur [...] Ma propre identité dépend essentiellement de mes relations dialogiques avec les autres » (Taylor, 1992, 48). La construction identitaire débute dans la sphère privée autour de la quête d'amour et se poursuit dans le champ social du travail autour de la reconnaissance offerte par autrui. La conquête de l'identité et donc, la construction de la santé mentale, sont ainsi « vectorisées » par l'accomplissement de soi dans le champ privé de l'amour et dans le champ social de la reconnaissance. Diverses facettes composent et influencent le volet social de l'identité d'un individu notamment la place qu'il occupe au sein de l'organisation, la manière dont il est reconnu ou considéré, le fait d'être consulté ou non, la part de pouvoir décisionnel détenu, le caractère significatif des tâches accomplies et la reconnaissance sociale dont bénéficie l'activité professionnelle réalisée (Brun, propos recueillis par Hivon, 1999).

### ***L'organisation du travail et son incidence sur la santé mentale***

Aucune description de tâche ne pourra jamais rendre compte avec exactitude de la réalité d'un travail dans la mesure où cette réalité est toujours plus ou moins mouvante et imprévisible ; la prescription du travail sous-estime habituellement la variabilité de la situation. Aussi l'organisation conçue par les experts ou les cadres dirigeants est d'une façon ou d'une autre, recomposée par les personnes qui effectuent concrètement les tâches. Les recherches en PDT ont contribué à révéler l'écart significatif existant entre l'organisation prescrite de travail (organisation prévue dans la description des tâches, des méthodes et des procédures) et l'organisation réelle (organisation prévalant sur le terrain en tant que résultat des multiples interventions des travailleurs) (Davezies, 1993 ; Dejours, 1992a, 1992b, 1993b). Elles ont en effet mis en lumière le déploiement par les travailleurs d'un éventail de stratagèmes opératoires lesquels constituent des pratiques de travail orientées vers la recherche de solutions face à une organisation incomplète ou inefficace (Brun, 1994a et 1994b). Ces stratagèmes permettent de rendre le travail et son organisation plus conformes aux exigences du terrain ainsi qu'aux aspirations et désirs propres des travailleurs. Faisant appel à leur intelligence pratique et rusée — appelée *métis* par Aristote (Détienne et Vernant, 1974) — les travailleurs parviennent ainsi à réduire l'écart entre le travail prescrit et les exigences du travail réel et contribuent de la sorte de manière significative au bon fonctionnement de l'organisation. Cela dit, l'écart

entre travail prescrit et travail réel peut être source de plaisir et de santé ou de souffrance psychique et de maladie selon que l'organisation permet ou non aux travailleurs d'arbitrer eux-mêmes le décalage et de trouver par leur inventivité, créativité et ingéniosité, la microrégulation nécessaire à la résolution des problèmes rencontrés dans le travail.

### ***La charge psychique du travail***

Les rapports de l'homme au travail, renvoient à trois dimensions de la charge de travail dont la charge psychique qui intéresse tout particulièrement la PDT et qui réfère à « la participation affective de l'homme à sa situation de travail » (Dejours, 1980b, 82) <sup>3</sup>. La question fondamentale qui résume toute la problématique du rapport entre l'appareil psychique et le travail est de savoir si le travail qu'effectue l'individu offre un exutoire suffisant et adéquat à son énergie psychique. Le danger principal est le plus souvent, celui d'un sous-emploi des habiletés, des connaissances, des compétences, de l'expertise — en un mot, du potentiel psychique de l'individu.

### ***Souffrance, plaisir et sublimation***

Les deux concepts centraux de l'investigation en PDT, soit le plaisir et la souffrance au travail « ne s'articulent pas nécessairement dans un rapport d'exclusion ; c'est dire qu'ils peuvent se côtoyer [...] + » (Carpentier-Roy, 1990, 50). Ainsi, on peut retrouver une organisation du travail qui intègre à la fois des éléments structurants et des éléments pathogènes. Rappelons que pour la PDT, la question du plaisir et de la souffrance se pose toujours en termes collectifs bien qu'ils soient vécus de façon individuelle ; l'individu n'est jamais dissocié du groupe auquel il appartient. En d'autres termes, la PDT investigate les sources communes de plaisir et de souffrance, c'est-à-dire, celles qui se situent au-delà des singularités individuelles.

### ***La souffrance psychique***

La psychodynamique du travail considère que la souffrance est consubstantielle à toute situation de travail, c'est-à-dire inhérente à la condition de l'homme au travail. Elle est définie comme étant cet état de lutte que vivent les travailleurs pour demeurer dans la normalité et ne pas sombrer dans la maladie. Investiguer la souffrance psychique au travail selon une approche psychodynamique revient ainsi à explorer l'infrapathologique ou le prépathologique (Dejours, 1987a). Le concept de souffrance psychique décrit un état de mal être lié, par exemple, à l'ennui, la monotonie, la peur,

l'anxiété, l'angoisse, la déception, l'insatisfaction, la colère, etc. Il traduit également la perte du plaisir, de la coopération, de la solidarité et de la convivialité au travail (Dejours, 1987a). N'étant pas directement observable, la souffrance psychique doit être décodée.

### ***Le plaisir et la sublimation au travail***

La PDT entend le plaisir au travail dans son acceptation psychanalytique et freudienne : le plaisir au travail est le destin heureux de la souffrance au travail ; il en est le produit secondaire lorsque la sublimation a été socialement et éthiquement possible (Freud, 1981). Le concept de « sublimation », introduit par Freud au vocabulaire psychanalytique réfère à l'utilisation de l'énergie instinctuelle (ou pulsionnelle) au profit d'objectifs sociaux reconnus (Godard, 1985). La sublimation est le processus par lequel un désir (ou une pulsion) insatisfait est orienté vers un nouveau but, un nouveau destin ou un nouvel objet socialement valorisé. Ainsi, la sublimation est une stratégie défensive « constructive » dans le sens où elle ouvre sur le plaisir et soutient la santé mentale des individus. La valorisation sociale est centrale et indispensable au processus de sublimation. Le processus de sublimation est étroitement « lié à la dimension narcissique du Moi. La sublimation est indissociable des exigences de l'Idéal portées par l'Idéal du Moi » (Dejours et Abdoucheli, 1982, 121). L'idéal du Moi, terme employé par Freud, est l'« instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs » (Laplanche et Pontalis, 1998, 184). En d'autres termes, le plaisir au travail réfère sous l'approche de la PDT, à l'état de bien-être psychique que connaît le travailleur lorsque son travail satisfait ses désirs de reconnaissance lui permettant ainsi de construire son identité. Le plaisir vécu au travail permet aux travailleurs de construire ou de consolider leur identité (Carpentier-Roy, 1990). Le plaisir au travail comprend également l'expérience de la coopération, de la solidarité, de la convivialité et de la confiance (Dejours, 1989). Aussi le plaisir des travailleurs sera d'autant plus grand que le travail se réalise au sein d'un véritable collectif de travail.

### ***La question centrale de la reconnaissance***

En contrepartie de la contribution que le sujet apporte à l'organisation, il attend une rétribution. L'analyse psychodynamique suggère que la rétribution attendue par le sujet est fondamentalement de nature symbolique (Dejours, 1993a) ; elle revêt une forme

spécifique, attestée par les études empiriques : la reconnaissance. La reconnaissance passe par deux types de jugement sur le travail accompli : le jugement d'utilité et le jugement de beauté (Dejours, 1993a). Ces jugements sont développés davantage lors de la présentation des prémisses théoriques de la PDT.

### ***Les collectifs de travail***

Pour la PDT, il y a collectif de travail, « lorsque plusieurs travailleurs concourent à une oeuvre commune dans le respect des règles » (Cru, 1987, 46). Ces règles déterminent les manières adéquates de réaliser le travail. Elles sont issues de la profession, discutées et introduites par le collectif de travail lui-même ; elles ont une fonction de régulation, de cohésion et de protection contre toute attaque venant de l'extérieur du collectif. Ainsi on parle de collectifs de travail lorsque, face à une oeuvre commune à réaliser, plusieurs travailleurs se rassemblent et forment un groupe solidaire dans le but de réaliser cette oeuvre dans le respect des règles (de la profession, de comportement) convenues. Le collectif de travail est un système social nécessitant — pour assurer sa formation, son maintien et son renouvellement, l'engagement, la mobilisation, la collaboration, la solidarité, d'authentiques liens de confiance réciproque et la loyauté de ses membres. La construction et le maintien des collectifs sont conditionnés par les pratiques managériales et l'organisation du travail dans lesquelles ils s'inscrivent. En effet, lorsqu'ils existent, les collectifs peuvent être fragilisés, voire même détruits par des pratiques managériales qui soit viennent brusquement changer les règles du jeu en transformant la souplesse organisationnelle en rigidité, soit instaurent une concurrence excessive entre les travailleurs dans un contexte de peur générée par l'insécurité d'emploi (Vézina, 1999).

### ***Les stratégies défensives***

La PDT retient la définition freudienne des processus de défense définissant ceux-ci comme une révolte du moi contre des affects pénibles dans le but d'éviter un déplaisir et d'assurer son intégrité et sa sécurité. Dejours (1995b) indique que si les défenses sont le plus souvent inconscientes ; certaines peuvent, dans des conditions particulières, devenir conscientes. La mise en oeuvre des stratégies défensives a pour inconvénient majeur d'empêcher de penser ce qui fait souffrir dans le travail entravant par le même fait, la transformation de ces sources de souffrance (Brun, 1992 ; Maranda, 1998b). Au premier niveau, les défenses se traduisent par des attitudes ou des comportements sains

et utiles à la santé mentale dans la mesure où, en aidant les individus à résister aux agressions de l'organisation du travail (absence de pouvoir, manque d'autonomie, manque de soutien) ou à conjurer la peur face à certains risques du travail, elles préservent leur équilibre psychique (Dejours, 1987b). Ces défenses n'ont cependant pas pour visée ou finalité la transformation objective des éléments agressants mais bien la diminution de leur perception. À plus long terme, les défenses ne sont pas sans incidences négatives sur la santé mentale des individus qui y recourent à outrance dans la mesure où elles portent ces derniers à s'adapter à la situation éprouvante ou à la fuir plutôt qu'à tenter de la transformer. Aussi, ils courent le risque de voir, un jour, leur capacité de défense fragilisée avec pour résultante que la souffrance s'exprime par la somatisation. Il importe aussi de voir que les mécanismes défensifs déployés par les individus (par exemple, le silence au regard des sources de souffrance confrontées, la banalisation et le déni de la souffrance vécue) sont susceptibles d'être exploités par l'organisation s'ils servent ses intérêts (Dejours et Abdoucheli, 1990).

En l'absence de collectifs de travail, les stratégies défensives sont individuelles ; elles peuvent néanmoins être partagées par plusieurs travailleurs (Trudel, 2000b ; Rhéaume et al., 2000). En présence de collectifs de travail, les stratégies défensives sont généralement collectives bien qu'elles puissent demeurer individuelles. Il apparaît en effet, que lorsque plusieurs sujets d'un même collectif de travail éprouvent individuellement une souffrance, ceux-ci unissent leurs efforts pour construire une stratégie défensive commune en regard d'une organisation du travail qui pourrait blesser chacun : « S'unir dans l'adversité [...] préserve la vulnérabilité individuelle. Le principe est collectif mais la souffrance reste toujours singulière » (Canouï et Mauranges, 1998, 85). Finalement, les stratégies collectives de défense peuvent se radicaliser et devenir une fin en soi ; on parle dès lors d'idéologie défensive. Celle-ci se caractérise par un ensemble de comportements valorisés par le groupe de travailleurs et considérés comme une norme de référence qu'on ne discute pas et à laquelle on se conforme sous peine d'être marginalisé ou exclu (Dejours, 1993a).

## Quatre phases de la recherche



- **Phase conceptuelle:** sert à poser le problème, à le documenter, à établir des bases théoriques, à formuler le but et les objectifs/questions/hypothèses de recherche (**CONCEPTION**)
- **Phase méthodologique:** sert à préciser les méthodes et les procédures utilisées pour obtenir des réponses aux questions/ hypothèses de recherche (**PLANIFICATION**)
- **Phase empirique:** sert à collecter et à analyser les données, à concrétiser sur le terrain le plan établi à la phase précédente (**APPLICATION**)
- **Phase d'interprétation et de diffusion:** explication, signification et communication des résultats (**DIFFUSION**) J. Gagnon (Fribourg 2007)

\*\*\*\*\*

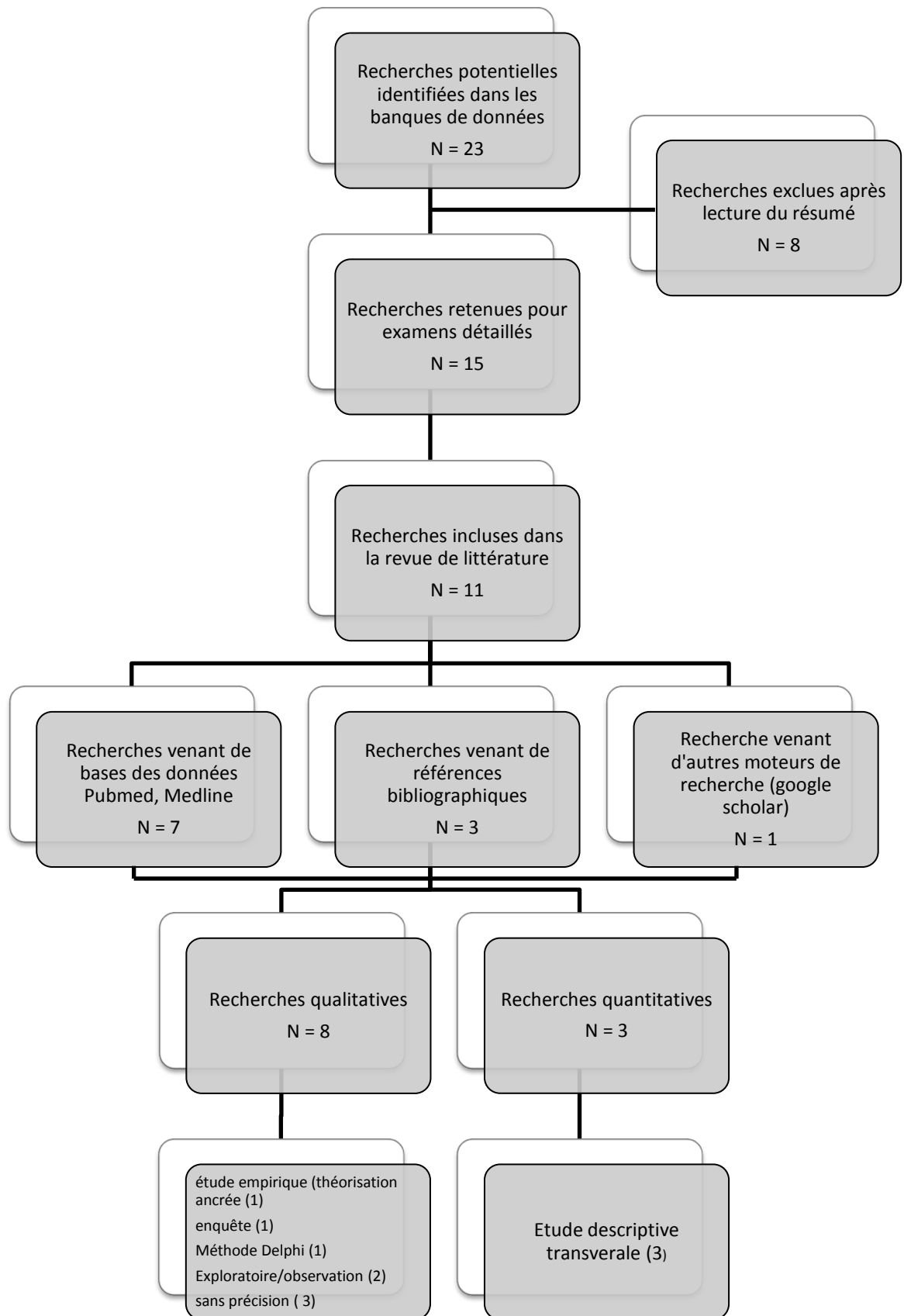


## ANNEXE D : Grille de lecture critique des articles scientifiques

Auteur. (année). Titre. *Journal*, numéro, page.

<b>Résumé</b>	Résumé :  Mots-clés :
<b>Introduction</b>	Enoncé du problème :  Question de recherche :  Idées et concept centraux, théorie, hypothèse :
<b>Méthode</b>	Devis :  Population :  Méthode de récolte des données :  Méthode d'analyse des données :
<b>Résultats</b>	Résultats :
<b>Discussion</b>	Discussion :  Perspectives :  Limites de cette étude :
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	Propre questionnement :  Critique méthodologique :

## ANNEXE E : Diagramme de présentation des recherches



## ANNEXE F : Tableau de synthèse des recherches

Auteurs	Années	Pays	Devis	Rigueur méthodologique	Résumé
Estryn-Behar, Duville, Menini, Le Foll, Le Nézet & Bocher	2006	France Allemagne GB Slovaquie	Quantitatif Étude descriptive simple et transversale	Respectée	Cette étude cherche à connaître la satisfaction professionnelle des soignants de psychiatrie face aux soins généraux.
Lester & Tritter	2005	Angleterre	Qualitatif Étude empirique analysée avec la théorisation ancrée	Respectée mais c'est le vécu du patient qui est exposé et non celui du soignant	Cet article utilise la théorie du handicap pour comprendre l'expérience des personnes qui ont et vivent de graves maladies mentales. Les auteurs ont mis en évidence deux thèmes majeurs : la déficience (comme irrationalité incarnée ≈ maladie mentale), qui peut en soi être oppressive, et la gestion de la maladie dans une société invalidante. Quelques stratégies utilisées par les malades pour gérer leur situation et pour s'assurer qu'ils seront bien pris en charge par les services de santé seront présentés.
Alderson et 2 chercheurs (1 sociologue de la santé, 1 psychanalyste)	2005	Canada	Qualitatif Enquête	Respectée	L'objectif de cette étude est d'identifier les rapprochements entre le travail des infirmières en unités de soins de longue durée et la psychodynamique du travail.
Koekkoek, Van Meijel, Schene & Hutschemaekers	2008	Pays-Bas	Qualitatif Méthode Delphi	Respectée	Mise en évidence des difficultés des professionnels en santé mentale à travailler avec des patients qui ont des pathologies qui durent dans le temps, notamment la dépression chronique.
Repper, Ford & Cooke	1994	Royaume-Uni	Qualitatif	Respectée mais il manque les « mesh terms » et la durée de l'étude. La date de l'étude est ancienne.	L'étude explore l'expérience des gestionnaires de cas en santé mentale et de leurs patients atteints de maladies chroniques et persistantes, ceci afin de mettre en évidence les problèmes et les stratégies mises en place lors de relations thérapeutiques au long cours.
Turesson, Eklund & Wann-Hansson	2011	Suède	Quantitatif Enquête transversale	Respectée	Cet article décrit les phénomènes qui influencent le stress perçu par le personnel infirmier en psychiatrie.
Mann & Cowburn	2005	Angleterre	Qualitatif Étude exploratoire	Respectée	L'étude vise à faciliter la compréhension de la relation complexe entre les composantes du travail émotionnel et le stress dans le secteur des soins infirmiers en santé mentale.

Goodwin & Gore	2000	Angleterre	Qualitatif Observation	Respectée mais peu claire à cause de l'instrument de mesure (observation)	Elle met en évidence les interactions entre les infirmières et les patients dans un service s'occupant de maladie mentale grave et durable. Elle démontre le comportement de protection qu'adoptent les infirmières face à ce type de patient et des angoisses que ceux-ci peuvent générer.
Roche, Duffield & White	2011	Australie	Quantitatif Etude transversale	Respectée	Cette étude met en évidence les facteurs environnementaux et individuels lié à la capacité et la volonté des infirmières à s'engager dans une relation thérapeutique.
O'connell & Stein	2011	USA	Qualitatif	Respectée	La relation entre les attentes des gestionnaires de cas (soignant) et les effets de ces attentes sur le patient avec un diagnostic de schizophrénie ont été mis en évidence.
Bonsack, Schaffter, Singy, Charbon, Eggimann & Guex	2007	Suisse	Qualitatif	Respectée	Cet article traite de l'impact de la désinstitutionalisation sur les acteurs sociosanitaires s'occupant de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et de la mise en place de la collaboration de réseau, qui reste encore difficile à introduire.

## ANNEXE G : Grille d'analyse de recherches

### *Recherche 1: « Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie : Etude comparative en France et dans trois autres pays européens »*

Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, M.-L., Le Foll, S., Le Nézet, O. & Bocher, R. (2006). Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens (PRESS-NEXT). *Annales médico psychologiques*, 164, 732-748.

<b>Résumé</b>	La présente étude cherche à connaître la satisfaction professionnelle des soignants de psychiatrie face aux soins généraux. <b>Mots-clés</b> : infirmiers, épuisement professionnel, psychiatrie, satisfaction professionnelle, travail d'équipe, violence.
<b>Introduction</b>	<b>Enoncé du problème</b> : Il y a plus de 50 ans, la France s'est dotée d'une politique de santé mentale dite « politique de secteur ». Il s'agissait d'un regroupement géodémographique des patients et donc d'une proximité des soins. La mission des secteurs est non seulement l'hospitalisation mais aussi la prévention, l'accompagnement ainsi que la réponse à des problématiques de santé publique. Cependant, le service public ne prend pas réellement en compte l'augmentation des besoins des patients depuis plusieurs années. En effet, Les soignants se retrouvent de plus en plus à prodiguer des soins à des patients souffrants de pathologies lourdes telles que la psychose, les conduites addictives ou les dépressions graves et ceci sans réorganisation des soins. Ces données ne sont pas sans impact sur les soignants. <b>Question de recherche</b> : En se demandant comment les soignants de psychiatrie vivent leur situation de travail, les restructurations et les réorganisations des soins, L'étude PRESS-NEXT tente de mettre en évidence les facteurs déterminants, les risques en matière de santé des soignants et ce qui les pousse à abandonner la profession. Plus précisément, elle permet une analyse pointue du contexte organisationnel et de la situation des soignants travaillant en psychiatrie. <b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse</b> : La réorganisation des soins liée aux réformes économiques engagées pour l'ensemble du système de soins influence la satisfaction professionnelle des soignants.
<b>Méthode</b>	<b>Devis</b> : devis quantitatif, étude descriptive simple et transversale <b>Participants</b> : En Europe, le questionnaire a été envoyé à 69'902 soignants de toute qualification. Le taux de réponse global est de 53,2% soit 37'161 répondants. L'étude à comparer trois domaines soignants différents : médecine-chirurgie / soins intensifs-bloc / psychiatrie. En psychiatrie, en France, le questionnaire a été envoyé aux infirmiers possédant le diplôme infirmier de secteur psychiatrique (formation spécialisée) et aux infirmiers sans ce diplôme (formation généraliste),

	<p>représentant une part de plus en plus importante des infirmiers travaillant en psychiatrie, aux cadres et aux aides-soignants. Le pourcentage des soignants en psychiatrie ayant répondu à cette étude représente 1873 personnes. En France, 14% des soignants en psychiatrie étaient âgés de moins de 30 ans, 43,3% avaient entre 30 et 45 ans et 42,6 avaient plus de 45 ans.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Un questionnaire comportant plus de 100 questions a été distribué dans dix pays européens entre octobre 2002 et juin 2003. Ce questionnaire a été développé par un groupe d'experts des différents pays participants. Un prétest a été effectué en Allemagne, en Italie et en France. Après cela, la version finale a été validée par l'ensemble des pays participants.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SPSS 12.0 et le test de X<sup>2</sup> de Pearson a été utilisé pour déterminer si les différences étaient significatives. Le seuil de significativité était de 0,5 et a donc été retenu. Des scores constitués de plusieurs sous-questions ont été utilisés : score de satisfaction professionnelle, de relations interpersonnelles, de pression temporelle et score d'incertitude concernant les traitements.</p> <p>Un comité de l'étude PRESST a été créé dès le printemps 2002 constitué de représentants institutionnels, de chercheurs, de représentants personnels des établissements de santé et de représentants des fédérations d'établissements. Ce comité a suivi le choix de l'échantillon, le taux de réponses, l'analyse des résultats, les rapports et les publications de diffusion des résultats. Il favorise la diffusion nationale des résultats.</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les résultats sont formulés de manière à pouvoir répondre au but de la recherche, à savoir la satisfaction professionnelle des soignants de psychiatrie et les risques en matière de santé qui les poussent à abandonner la profession.</p> <p><b>Analyse de l'impact de la situation de la psychiatrie par rapport aux autres services :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La psychiatrie n'attire que peu de jeunes, bien que la demande en soignants soit importante dans cette spécialité. En effet, la psychiatrie est méconnue, atteinte de préjugés et d'a priori et souffre d'une image négative en comparaison des services plus techniques comme la chirurgie ou les soins intensifs. Si l'on s'intéresse aux chiffres, plus de 42,6% des soignants en psychiatrie ont plus de 45 ans contre seulement 20% en soins intensifs. Beaucoup de jeunes diplômés disent que « leur formation ne les a pas préparée à travailler en psychiatrie en sortant de l'école ».</li> <li>➤ Malgré le nombre élevé de femme dans les soins, la psychiatrie est un domaine où il y a un plus fort pourcentage d'hommes. Il y a quelques années, les hommes avaient un statut salarial particulier. Ceci peut contribuer au fait que nous trouvions plus d'hommes que de femmes.</li> <li>➤ La spécificité de la psychiatrie se manifeste par un faible pourcentage de personnel peu qualifié (généraliste). La formation spécialisée peut être repoussante pour les soignants qui ne souhaitent pas effectuer de formation complémentaire.</li> <li>➤ Par rapport aux services plus techniques, le domaine relationnel est prédominant par rapport à la médicalisation.</li> </ul> <p><b>Analyse de l'insatisfaction des soignants</b></p>

- La psychiatrie exige beaucoup psychologiquement, ce qui entraîne une usure psychique puis physique des soignants. Ceci se manifestant souvent par de la fatigue physique. En France, 34,3% des soignants sont insatisfaits de leurs conditions physiques.
- La parole et l'écoute sont des outils de soins. « Travailler au plus près de la souffrance psychique des personnes est une très lourde charge mentale ». Il est demandé aux soignants beaucoup d'investissement personnel et les retombés psychiques sont quelquefois conséquentes sur leur vie. 53,4% des soignants sont insatisfaits concernant le manque de soutien psychologique.
- La confrontation récurrente à la violence physique et verbale est un facteur dominant d'insatisfaction de la qualité des soins dans cette étude. En effet, les soignants font quotidiennement face à « l'augmentation de l'agressivité, aux insultes, aux coups, aux crachats, aux vols, aux menaces de morts et aux agressions physiques ». Cette montée de la violence se traduit par un sentiment « d'insécurité au travail ». Les soignants de psychiatrie ont déclaré près de six fois plus que ceux travaillant en soins intensifs avoir été confrontés à des événements violents au moins une fois par mois.
- En France, 39,6% des soignants trouvent qu'il y a une inadéquation entre le travail effectué chaque jour et les compétences/perspectives de l'infirmier/ère. « Le salaire est démotivant. J'ai déjà l'impression d'être un infirmier usé, écoeuré par le manque de considération et les perspectives de carrière misérable » (CHS, IDE, homme).

#### **Analyse de la charge cognitive, de la continuité des soins, des relations interprofessionnelles**

- La crainte de faire des erreurs est liée à l'insatisfaction de la qualité des soins et à la transmission des informations. En effet, beaucoup constatent « un manque d'écoute et des informations inadéquates de la part des médecins et psychologues ». De plus, un tiers des soignants (38,2%) dénoncent le manque de disponibilité et l'absence du médecin ce qui pose des problèmes délicats.
- Les interruptions suscitent des interrogations sur la continuité des soins et l'efficacité des relations de soins prodigués. Comme les patients en psychiatrie ne sont pas alités, ils viennent au-devant du soignant déjà occupé, ce qui crée souvent des interruptions que ce soit avec un autre patient ou notamment lors de la préparation des médicaments et ceci augmente le risque d'erreur.
- En France, les soignants de psychiatrie qualifient le plus souvent les relations qu'ils entretiennent avec tous leurs interlocuteurs professionnels « d'hostiles et tendues », plus particulièrement avec les cadres supérieurs et l'administration (34,9%). « Heureusement que la solidarité entre collègues est encore présente. Il faut améliorer le contact dans l'équipe et revaloriser la notion d'estime, de respect mutuel, de considération. Lorsque l'ambiance est bonne, tout le reste suit » (CHS, IDE, femme).

#### **Analyse de l'envie de quitter la profession**

- 16,3% des français pensent fréquemment à quitter la profession d'infirmier/ères en psychiatrie.

	<p>➤ En psychiatrie, il y a beaucoup de turn-over, les psychiatres, qui eux ne change pas, se retrouvent souvent les seuls à connaître le fonctionnement de l'institution.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Les résultats mentionnés ci-dessus sont autant de facteurs concourant à l'épuisement et à la lassitude des professionnels et provoquant l'abandon de la profession d'infirmier/ère en psychiatrie ou le changement d'établissement. En effet, bons nombres d'entre eux déclarent être épuisés émotionnellement et pensent à quitter la profession.</p> <p><b>Perspectives :</b> L'enquête Santé mentale a montré que « les représentations sociales de la folie et de la maladie mentale sont toujours marquées par la dimension de dangerosité et de non curabilité ». Malgré cela, la psychiatrie a évolué. C'est pourquoi une réorganisation des soins est nécessaire. Avant, la psychiatrie était réservée aux « grands fous ». A l'heure actuelle, l'augmentation croissante des demandes de prises en charges, la sectorisation, la baisse des lits d'hospitalisation nécessitent d'augmenter le soutien ainsi que de travailler en collaboration avec le secteur privé et libéral pour y orienter les demandes. Cela tend à augmenter la concentration des patients lourds, potentiellement dangereux à l'hôpital psychiatrique. La question de la violence est un sujet préoccupant dans de nombreux pays et peut être interrompue par une meilleure prise de conscience d'équipe, une meilleure communication, etc.</p> <p><b>Limite de cette étude :</b> Dans cette étude, la violence en psychiatrie est un facteur dominant amenant à l'épuisement professionnel. Les auteurs ont choisi d'axer la discussion sur ce facteur favorisant pour conclure cette recherche. Il est donc plus difficile de généraliser et de transposer la conclusion.</p> <p>Cette étude ne parle pas spécifiquement des soins au long cours et de la chronicité mais ceux-ci sont induits dans les facteurs qui amènent à l'épuisement professionnel.</p> <p>La Suisse ne fait pas partie de cette étude.</p>
<b>Propre questionnaire et conclusion</b>	<p>Malgré que l'étude traite de divers domaines (chirurgie, soins intensifs, psychiatrie) et ciblent plusieurs professionnels (cadres, infirmiers spécialisés, infirmiers généralistes, aides-soignants), des résultats intéressants en ressortent pour les infirmiers en psychiatrie.</p> <p>En effet, en psychiatrie (dans les quatre pays européens (Allemagne, France, Grande-Bretagne et Slovaquie)), 34,1% des soignants sont insatisfaits des conditions physiques, 53,4% sont insatisfaits du soutien psychologiques, 43,7% sont insatisfaits de la qualité des soins, 37,4% sont insatisfaits de l'utilisation de leurs compétences, 44,5% sont insatisfaits des perspectives professionnelles et enfin 18,7% des soignants ont une faible satisfaction globale de leur travail.</p> <p>Ces chiffres démontrent à quel point il y a des problèmes dans le fonctionnement et l'organisation du travail en psychiatrie. Son évolution engendre un besoin de repenser la conception des soins et son organisation car cela pèsent sur les soignants. Ceci d'autant plus que cette réorganisation implique la centralisation des « cas lourds » en centre hospitalier. Ce qui veut dire, de plus en plus de prise en charge de patients ayant un trouble chronique et de plus en plus de soins au long cours.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> Cette étude respecte rigoureusement les critères méthodologiques.</p>



## **Recherche 2 : « Listen to my madness »: understanding the experiences of people with serious mental illness**

Lester, H. & Tritter, J. Q. (2005). "Listen to my madness": Understanding the experience of people with serious mental illness. *Sociology of Health & illness*, 27 (5), 649-669.

<b>Résumé</b>	<p>Cet article utilise la théorie du handicap pour comprendre l'expérience des personnes qui ont et vivent avec de graves maladies mentales. Les auteurs ont mis en évidence deux thèmes majeurs : la déficience (comme irrationalité incarnée ≈ maladie mentale), qui peut en soi être oppressive, et la gestion de la maladie dans une société invalidante. Quelques stratégies utilisées par les malades pour gérer leur situation et pour s'assurer qu'ils seront bien pris en charge par les services de santé seront présentés.</p> <p><b>Mots-clés :</b> grave maladie mentale, handicap, dépréciation, l'irrationalité incarnée</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Thème :</b> Pour contextualiser, les forces et faiblesses des 2 modèles théoriques principaux sont brièvement décrits.</p> <p>A l'époque, le <i>modèle biomédical</i> était le modèle le plus fréquemment utilisé pour la compréhension de la santé mentale au sein de la profession médicale. Ce modèle « déficitaire » suppose que le problème vient uniquement du patient et que pour guérir, il faut supprimer le déficit. Pour des personnes gravement atteintes mentalement, guérir est synonyme de médicaments puissants ou thérapie par électrochocs. La Classification Internationale du Handicap (CIH) dépasse le modèle médical conventionnel et est, par conséquent, un complément à la Classification Internationale des Maladies (CIM), soulignant comment les normes environnementales et sociétales sont liées au processus d'invalidité. Imrie (2004) suggère que pour la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), le handicap est un phénomène relationnel avec les limitations fonctionnelles de la déficience à la suite d'un élargissement des relations sociales et comportementales.</p> <p><i>Le modèle social du handicap</i> est basé sur le principe que le handicap est une interdiction aux droits civils causés par les pratiques d'exclusion dans tous les secteurs de la société. Il différencie clairement la déficience causée par la maladie et le handicap causé par des obstacles sociaux et environnementaux.</p> <p>Shakespeare (1993) dit « que la véritable cause du handicap est la discrimination et les préjugés ». Les défenseurs du modèle social prônent donc une approche plus fluide à la relation.</p> <p>Le handicap est le concept par excellence, parce qu'il est si complexe, si variable, donc représentatif. Il se trouve à l'intersection de la biologie, de la société et sa structure. Les personnes handicapées que ce soit psychique ou physique, ne peuvent pas être réduites à une identité singulière mais doivent être considérées dans l'environnement dans lequel elles évoluent.</p> <p>C'est en s'appuyant sur la sociologie que des chercheurs ont conceptualisé la relation entre la déficience comme une maladie mentale et le handicap.</p>

	<p><b>Question de recherche :</b> Le but de cette étude empirique est, grâce à l'observation de plusieurs groupes de discussions, de démontrer que l'expérience des utilisateurs (= patients) peut être mieux comprise à travers un modèle qui reconnaît à la fois la dépréciation créée par la maladie et les traitements et à la fois les conséquences invalidantes de la maladie dans la société. Ceci en utilisant les aspects de la théorie d'invalidité, en particulier le modèle social du handicap.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèses :</b> Les auteurs suggèrent que l'utilisation d'un cadre tel que la théorie de l'invalidité ou le modèle social du handicap fournissent un moyen utile pour comprendre et donner un sens à l'expérience des individus ayant une grave maladie mentale.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> devis qualitatif, étude empirique analysée avec la théorisation ancrée</p> <p><b>Participants :</b> L'étude a eu lieu en Angleterre, la population est donc majoritairement britannique. Le pourcentage d'hommes (64%) est légèrement plus élevé que celui des femmes (36%). Les utilisateurs étaient âgés entre 19 et 61 ans (moyenne 38 ans) et les professionnels de santé étaient âgés entre 31 et 61 ans (moyenne 46 ans). Les diagnostics les plus fréquents étaient la schizophrénie et la dépression récurrente (autres diagnostics : anxiété, double diagnostic, TOC, abus de substances) avec une durée moyenne de la maladie de 8,8 ans (extrêmes 1-32 ans). Tous les utilisateurs ont vu leur médecin généraliste dans les 12 derniers mois avec un taux de consultation moyenne de 7,2. Trente-huit utilisateurs (84%) recevaient des soins partagés. Dix-huit groupes de discussion impliquant 45 utilisateurs, 39 médecins généralistes et 8 infirmières de pratique ont été organisés.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b></p> <p>Des groupes de discussions de 5 à 12 personnes habitant les Midlands britanniques Ouest, ont été formés par six Primary Care Trusts (PCT)<sup>7</sup>. Les données ont été récoltées entre mai et novembre 2002. Les organisateurs du secteur bénévoles, des hôpitaux de jour et des groupes de patients ont recrutés des patients ayant une maladie mentale grave (au sens large pour inclure les personnes souffrant de dépression grave récurrente, de psychoses notamment la schizophrénie et de trouble bipolaire). Le but de la recherche a été expliqué aux participants.</p> <p>Du point de vue éthique, le potentiel des participants aux groupes de discussion avaient le temps et l'espace pour exprimer leurs préoccupations potentielles avec d'autres utilisateurs du service de santé mentale et ne sont pas contraints de participer avec des «professionnels». L'équipe de recherche à la tête du PCT de santé mentale a envoyé des lettres personnalisées à environ 60 infirmières et 80 médecins généralistes pour participer à un groupe de discussion.</p> <p>Les groupes de discussion ont eu lieu dans des contextes non cliniques tels que des centres de jour. Chacun a été facilité par les membres de l'équipe de recherche (HL, JT et SH 2 ) qui a assuré que tous les participants ont eu suffisamment l'occasion</p>

<sup>7</sup> Ce sont des commissions faisant partis des services nationaux de santé (NHS) en Angleterre

	<p>d'exprimer leurs opinions et que la dynamique de groupe non-verbal a aussi été analysée. Les discussions ont duré 60-90 minutes avec 30 minutes supplémentaires pour des rafraîchissements et des conversations informelles.</p> <p>Une semaine après le premier groupe de discussion, la moitié des participants ont été convoqués à un deuxième groupe combiné. Les questions soulevées dans le premier groupe y sont abordées et confirmées. Le temps restant dans le groupe combiné a permis une discussion plus approfondie des idées qui ont été jugées pertinentes et de valeur par les utilisateurs et livrables par les professionnels de la santé.</p> <p>Un guide thématique a été utilisé. Les réponses de la santé ont été cartographiées. Les incidents critiques ( Bradley 1992 ) sur l'évolution des patients à travers le système de santé et les perspectives professionnels de la santé ont été recherchées. Les patients ont en outre été interrogés sur leurs expériences de vie avec une maladie mentale. Les groupes combinés ont exploré les rôles et les responsabilités des patients, des professionnels de la santé et des idées pour améliorer les services. Les participants ont également rempli des questionnaires brefs démographiques qui comprenaient des questions sur l'âge, l'ethnicité, le diagnostic, la durée de la maladie et les détails pratiques.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b></p> <p>La participation aux groupes de discussions, la collecte des données et les analyses ont été faites en même temps comme recommandé par la théorisation ancrée. Des groupes de discussion ont été poursuivis jusqu'à ce que toutes les données voulues soient rassemblées. Tous les groupes de discussions ont été enregistrés sur bande sonore et celles-ci entièrement transcrites. Au total, les deux auteurs ont identifié 17 thèmes, dont 45 codes principaux et 39 sous-codes</p> <p>Le logiciel Nvivo (QSR version 2.0) a été utilisé pour analyser les données. Celles-ci ont été organisées dans les codes initiaux pour ensuite donner un aperçu des thèmes identifiés. La rigueur des résultats a été améliorée grâce à la validation répondant au début de chaque groupe de discussions combinées et en envoyant un résumé de chaque discussion de groupe comportant les commentaires sur le contenu et l'accent des participants. Les réactions aux nouvelles constatations ont été utilisées pour aider à affiner notre analyse. Les désaccords au cours du processus analytique ont été discutés jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint pour promouvoir la validité dialogique ( Kvale 1996 ). Les cas déviants ont également été activement recherchés à travers l'analyse. Les thèmes et les idées émergentes ont été modifiés en fonctions des réponses.</p>
<p><b>Résultats</b></p>	<p>Les thèmes abordés dans les résultats sont décrits par des personnes ayant une maladie mentale. Ils explicitent le fait de vivre avec cette maladie et d'être considérés comme handicapés par la société qui juge les personnes atteintes de maladie mentale grave comme « autres, différents ». Les résultats mettent aussi en évidence la façon dont ces personnes cherchent, souvent inconsciemment, à négocier un environnement complexe et contraint socialement.</p> <p><b>Les effets de l'irrationalité incarnée (les effets de la maladie mentale)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tous les utilisateurs des groupes de discussions ont formulés les conséquences d'avoir et surtout de vivre avec une maladie mentale. Ils mettent en évidence l'impossibilité d'ignorer leurs déficiences, l'impact de la maladie sur eux-</li> </ul>

mêmes et l'influence que la maladie a sur leur relation avec les autres notamment lorsque leur entourage connaît leur diagnostic.

- Le patient décrit la maladie mentale notamment les émotions, les sentiments et la souffrance comme difficile à décrire à quelqu'un qui ne l'a jamais vécu. « C'est comme expliquer les couleurs à un aveugle ». Ils la décrivent aussi comme « effrayante » pour eux, leur famille et amis, surtout lors d'une crise.
- Un des problèmes majeurs est que certaines déficiences (troubles affectifs) telles la dépression, engendrent des sentiments qui ne permettent pas l'accès au service de santé. Par exemple, le manque de confiance et la diminution de l'estime de soi génèrent de l'anxiété, de la panique et les malades ne se sentent pas la force de demander de l'aide.
- Concernant les patients psychotiques, ceux-ci essaient de cacher leurs symptômes, d'être le plus rationnel possible pour avoir accès aux services de soins.
- Plusieurs patients se plaignent des effets de la maladie et des effets secondaires des médicaments sur la gestion de leur vie. Ces effets sont oppressants et restreignent la capacité des malades à vivre leur vie. Les patients expriment aussi le fait de ne pas être cru lorsqu'ils se plaignent des effets secondaires des médicaments (simulation) et qu'au lieu de les diminuer, les soignants en donnent d'autres pour contrer les effets secondaires des premiers.
- Les auteurs définissent la maladie mentale comme une irrationalité incarnée. L'irrationnel incarné, c'est ce qui représente l'inconnu de la raison, c'est la vie de l'esprit sous sa forme la plus spontanée. Le concept d'irrationalité incarnée fournit une orientation pour une contribution sociologique à la compréhension de la relation complexe entre les facteurs biologiques et sociaux.
- L'important est de s'approprier sa « déficience », d'avoir la capacité de dire « j'ai un problème ». La maladie mentale est une partie intrinsèque de l'identité de la personne. L'individu a le droit d'avoir un problème de santé mentale, il ne doit pas avoir honte, ni se sentir coupable.

#### **L'expérience de l'invalidité**

- Le manque de discrétion des services de santé lié à leurs géographies est un point relevé par de nombreux patients. En effet, le fait de devoir verbaliser son diagnostic à la réception lors de l'entrée, la proximité et la stigmatisation des autres patients dans les chambres et le fait d'avoir une salle d'attente commune pour aller chez le médecin traitant sont nommés comme contraintes par les patients.
- Un point capital dans les résultats de cette étude est que la majorité des professionnels de santé expriment des stéréotypes négatifs sur les personnes atteintes de graves maladies mentales. Certains soignants ont utilisés des stéréotypes de manière irrationnelle, comme pour expliquer le comportement chaotique de certains patients, notamment pour les patients qui ne viennent pas aux rendez-vous. Par manque de connaissances, les soignants ne savaient pas que les symptômes qu'ils décrivaient comme négatifs pourraient représenter des tentatives des patients

	<p>pour gérer les symptômes de leur maladie ou le système de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Certains malades mentaux voient la société comme « effrayante », ou la solitude y est marquée. Ils se sentent exclus par un manque de possibilité d'interactions sociales. La pauvreté est un facteur augmentant cette solitude et diminuant l'espoir d'avoir une vie « normale ». La réinsertion sociale est donc très difficile.</li> <li>➤ Selon un sondage récent (Rethink, 2004) incluant 3000 personnes atteintes de maladies mentales graves, la plupart d'entre elles sont exclues socialement et ont un taux d'activité communautaire faible.</li> </ul> <p><b>L'élimination de l'irrationalité et l'incapacité incarnée (le lien entre la maladie mentale et l'environnement invalidant)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'environnement invalidant a un impact négatif sur l'accessibilité des malades mentaux aux services de soins et même au sens plus large, à la vie sociale et professionnelle.</li> <li>➤ Les professionnels de la santé ne reconnaissent pas cet impact.</li> <li>➤ A cause des effets de la maladie, les logements surpeuplés et bruyants comme les salles d'attentes empêchent les patients d'avoir accès aux services de soins. Le stress et l'anxiété liés à l'attente d'une consultation, d'une ordonnance ou d'un rendez-vous, poussent les patients à fuir. Le fonctionnement du système de soins a donc un impact sur la maladie mentale.</li> <li>➤ Le travail est un thème récurrent mentionné par les malades en âge de travailler. Dans ce domaine, ils ont souligné l'importance de l'interaction entre l'irrationalité incarnée et l'incapacité incarnée. En effet, au Royaume-Uni, il n'y a que 13% des malades mentaux chroniques qui ont un emploi. La maladie est considérée comme un obstacle et influence les capacités liées au travail. La possibilité de travailler avec une maladie mentale est donc très faible et si c'est le cas, c'est souvent un travail bénévole ou dans des entreprises spécialisées.</li> </ul> <p><b>Gestion de l'irrationalité et l'incapacité incarnée (stratégies utilisées par les patients pour gérer leur situation)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les résultats mettent en évidence les stratégies utilisées par les patients pour gérer l'interaction entre la maladie (irrationalité incarnée) et le fonctionnement et la structure de la société (incapacité incarnée) et la façon d'accéder aux soins : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ La simulation (exagération de la maladie, des symptômes), ceci souvent pour obtenir un certificat médical.</li> <li>○ Attendre d'être en crise pour demander de l'aide.</li> <li>○ Faire appel à une personne ayant de l'autorité (ex : un pasteur).</li> <li>○ Fréquenter des associations de bénévoles (soutien, diminution sentiment d'exclusion, gestion de la maladie, empathie et surtout l'enseignement de nouvelles compétences pour gérer leur irrationalité incarnée). Les malades mentaux étant bénévoles déclarent que cette activité a donné un sens à leur maladie, les a aidé à gérer la maladie et donne plus de chance d'avoir accès à un emploi.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Discussion,</b>	En participant en premier aux groupes de discussions simples, les utilisateurs ont eu l'occasion d'exprimer leur propre point

<b>conclusions</b>	<p>de vue et opinion. Puis, dans un deuxième temps, en participant aux discussions combinées avec les professionnels, ils ont pu répondre aux questions en suspens. Les résultats de cette étude montrent que les utilisateurs ont pu faire entendre leur voix de façon similaires dans le groupe simple et dans le groupe combiné. Ceci suggère que la domination des professionnels de la santé du groupe de discussions combinées n'a pas été un problème important dans la pratique.</p> <p>Cette étude démontre qu'il y a un désaccord sur l'utilisation du terme « handicap » pour les malades mentaux. Beresford (2000) met en évidence trois éléments qui permettent de lier définitivement ces deux termes. Premièrement, comme les personnes handicapées, les malades mentaux bénéficient de la protection du gouvernement. Deuxièmement, il y a des chevauchements importants entre les deux populations, les handicapés ayant souvent aussi une déficience mentale. Enfin, que ce soit les handicapés ou les malades mentaux, ils font tous deux l'objet de discrimination et d'oppression. De plus, le déni de leurs droits humains et civils est une expérience partagée des deux populations.</p> <p><b>Perspectives :</b> Cette étude met en évidence l'importance des effets de la maladie mentale et l'interaction entre les déficiences et les relations socio-culturelles. La théorie du handicap peut donc être utile pour développer notre compréhension des maladies mentales graves et peut encourager le débat sur la position des malades mentaux au sein de la société qui traite ces individus comme « autres, différents ». Par exemple, bon nombres des malades mentaux graves ont des répercussions sur leurs droits sociaux et économiques.</p> <p>Au Royaume-Uni, les malades mentaux en âge de travailler ont tort de ne pas se considérer comme handicapés car en se considérant comme tel, ils peuvent toucher des indemnités (protection offerte par le PDD (pervasive developmental disorders)).</p> <p>Le fait que les malades mentaux utilisent les services de santé et y voient un soutien ainsi qu'une possibilité de réhabilitation est encourageant pour l'utilité du modèle social du handicap. Le modèle considère le travail comme un mécanisme pour permettre une plus grande inclusion sociale et reconnaît l'expérience de l'irrationalité incarnée comme une exigence essentielle pour le poste (au Royaume-Uni). Le gouvernement britannique veut permettre aux personnes handicapées d'avoir une meilleure indépendance et un meilleur contrôle. L'initiative, en effet, reconnaît l'élimination de la déficience et du handicap et les conséquences potentielles des symptômes invalidants eux-mêmes.</p> <p>Les auteurs suggèrent que les utilisateurs des services de santé mentale deviennent habilités à agir en tant que citoyens plutôt que patients, ainsi, le modèle social du handicap peut offrir un cadre de plus en plus utile pour comprendre et donner un sens à leurs expériences. Il peut également offrir un moyen de comprendre la réponse de la société en général aux personnes atteintes de maladie mentale grave et fournir un fondement théorique pour aider à orienter les politiques et la pratique.</p> <p><b>Limite de cette étude :</b> (1) Les participants sont auto-sélectionnés par le chef de groupe. (2) L'étude se déroule uniquement dans les Midlands britanniques donc peu de populations différentes représentées. (3) Malgré la participation de 60 infirmières et 80 médecins, la population cible de cette recherche est les personnes qui sont atteintes de maladies mentales graves et non</p>
--------------------	---

	les professionnels. (4) Les auteurs n'ont pas vécu l'expérience d'une maladie grave, ce qui peut limiter leur compréhension de certaines questions soulevées par les utilisateurs. (5) L'étude ne tient compte que du modèle social du handicap.
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Malgré que la présente étude ne traite pas du vécu des infirmiers en psychiatrie, elle met en évidence les dilemmes auxquels ceux-ci doivent faire face en accompagnant des personnes atteintes de maladies mentales chroniques. Il me paraissant important de connaître l'expérience des personnes vivant avec une maladie mentale grave pour pouvoir comprendre les facteurs liés aux patients qui amènent à l'épuisement des professionnels. C'est pourquoi, malgré mes critères, cette étude ne fait pas partie des recherches exclues</p> <p>Le modèle social du handicap aide les professionnels de la santé à faire des projets de vie pour les patients en tenant compte de leur déficience et des aspects invalidants de celle-ci.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> La rigueur méthodologique est respectée mais c'est le point de vue du patient et non du soignant qui est exposé.</p>

### ***Recherche 3 : « Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance »***

Alderson, M. (2005). Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée: entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmier*, 80, 76-86.

<b>Résumé</b>	<p>La présente étude tente un rapprochement entre le travail des infirmières en unités de soins de longue durée et la psychodynamique du travail.</p> <p><b>Mots-clés :</b> Réforme du système de santé québécois, soins de longue durée, psychodynamique du travail, plaisir et souffrance au travail, organisation du travail infirmier.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème :</b> le métier d’infirmière étant de plus en plus pénible, les directions des établissements constatent une augmentation de l’absentéisme des infirmières, ce qui désorganise le travail. Il a été relevé que les problèmes de santé à l’origine des absences sont davantage d’origine psychologique que physique. Selon l’étude de Bourbonnais et al. (2000), les diagnostics de santé mentale sont les plus nombreux (25%) chez les infirmières. Dans ce contexte, il apparaît essentiel d’approfondir la compréhension de l’expérience de travail vécue par les infirmières. Des études antérieures ont déjà démontré que les changements structurels et organisationnels ont modifié la philosophie de soin, réduit l’encadrement, intensifié la charge de travail, perturbé les dynamiques d’équipe et déstabilisé les pratiques de travail (ibid., 2000). Le secteur des soins de longue durée a été retenu pour cette étude dans la mesure où les recherches en sciences infirmières avaient déjà investigué les problématiques de santé mentale, de stress, de burnout ou d’épuisement professionnel mais dans le secteur des soins aigus. Il y a donc très peu de recherches menées dans la chronicité. De plus, l’allongement de la vie humaine et le vieillissement de la population sont des facteurs qui motivent et justifient l’investigation de l’expérience de travail des infirmières œuvrant dans le secteur des soins de longue durée.</p> <p>Dans cette étude, la psychodynamique du travail (PDT) est le cadre de référence choisi. Elle permet une analyse compréhensive de l’interrelation entre l’organisation du travail et la santé mentale des infirmières. La PDT s’intéresse à l’organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d’émergence de stratégies défensives aidant les individus à se faire à leur situation de travail afin de demeurer en santé. Ce cadre de référence permet d’appréhender la charge psychique du travail infirmier. La souffrance est décrite par la PDT comme un état caractérisé par l’ennui, la monotonie, la peur l’anxiété, l’angoisse, la déception, l’insatisfaction, la colère, la perte de plaisir, l’absence de coopération et le manque de solidarité au travail.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but ici est d’approfondir la compréhension de ce qui, dans le travail infirmier, tel que structuré et organisé au moment de l’étude, est source de plaisir et de souffrance psychique pour les infirmières et ceci au moyen de</p>



	<p>l'approche de la psychodynamique du travail.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> L'expérience de travail des infirmières rencontrées a pour majeure source de souffrance la perception de manques de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoirs professionnels. Ces manques seraient dus à une organisation inadéquate du travail infirmier.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> Devis qualitatif, enquête.</p> <p><b>Participants :</b> Trente-trois infirmières d'un centre hospitalier de Montréal se sont portés volontaires (pour assurer des témoignages authentiques) et ont constitué neufs collectifs d'enquêtes. Elles avaient entre deux et vingt-huit ans d'expériences. Elles travaillaient de jour et de soirée. Un grand nombre d'infirmières travaillant de jour avaient auparavant travaillé de soir, voire de nuit. La grande majorité détenaient une formation de généraliste et étaient majoritairement d'origine québécoise. Presque toutes étaient mariées et avaient des enfants.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Afin de réunir les conditions d'analyse et d'interprétations intersubjectives et interdisciplinaires requises, deux chercheuses associées, respectivement sociologue de la santé et psychanalyste, se sont jointes à la chercheuse principale. L'enquête a été faite en deux temps.</p> <p>D'abord, une pré-enquête qui comprenait l'observation dans chacune des unités de soins engagées dans l'étude pour permettre à la chercheuse principale de développer une représentation sensible du travail et de son contexte de sorte qu'en entrevue, les propos des participantes soient rapidement et adéquatement compris par la chercheuse.</p> <p>Le deuxième temps est l'enquête proprement dite, couvrant la période allant des entrevues collectives jusqu'à la remise du rapport de recherche. Chaque collectif d'enquête bénéficiait de trois entrevues de deux heures chacune qui étaient enregistrées : deux entrevues de collecte de données et une de validation des résultats d'analyse. Un guide d'entrevue inspiré du cadre de référence permettait à la chercheuse d'aborder les thèmes qui permettaient de développer une compréhension globale de l'expérience de travail.</p> <p>Les critères d'inclusion sont les suivants : être infirmière travaillant de jour ou de soir dans une unité de soins de longue durée, parler le français, accepter de participer à des entrevues collectives et accepter l'absence de compensation financière. Les hommes étaient exclus de l'enquête car ils n'ont pas le même rapport avec le plaisir, la souffrance et le travail (selon la PDT).</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Au terme de l'ensemble des entrevues, la chercheuse principale rédigea le rapport préliminaire de recherche en retenant les aspects qui ressortaient comme étant communs aux collectifs d'enquêtes rencontrés. Les participantes ont pu lire ce rapport et apporter leurs commentaires, ce qui a amené la chercheuse à apporter d'ultimes modifications du texte. Chaque interprétation de la chercheuse principale était soumise au collectif de chercheuses, ce qui permettait une riche réflexion et la confrontation des subjectivités.</p> <p>Les critères de rigueur sont ceux de la recherche qualitative tels que proposés par GuBa et Lincoln (1989), à savoir : la</p>

	<p>crédibilité (assuré par l'encadrement offert par le collectif de chercheuses, les entrevues de restitution et la soumission du rapport préliminaire aux participantes), la possible transférabilité ( pas réalisée dans cette étude car la PDT ne le prévoit pas), la confirmation des résultats (assurée par la confrontation des subjectivités au sein du collectif de chercheuses et les entrevues de restitution) et finalement, la fiabilité ( assuré par les enregistrements et la soumission du rapport préliminaire aux participantes).</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Source de souffrance : manque de reconnaissance, d'autonomie et de pouvoir décisionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les infirmières ont beaucoup de responsabilités mais ne sont pas reconnues comme autonomes et comme détenant un pouvoir décisionnel.</li> <li>➤ En absence de reconnaissance, les infirmières perçoivent ces responsabilités non pas comme des sources de valorisation professionnelle mais plutôt comme des pièges ou des fardeaux générant anxiété et souffrance.</li> <li>➤ Les infirmières distinguent un manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie. Celle-ci ne reconnaît pas les infirmières comme faisant partie de l'institution et comme ayant du pouvoir dans leur département. Les infirmières déplorent le peu de soutien de la hiérarchie dans leur quête d'identité professionnelle, le manque de considération en regard de leurs besoins et désirs propres et l'absence de démarches ouvrant sur des conditions de travail plus satisfaisantes.</li> <li>➤ Les objectifs des autres professionnels ont préséance sur ceux des infirmières, ce qui est très frustrant.</li> <li>➤ Il y a un manque de reconnaissance entre pairs, une absence de véritables collectifs de travail. La charge de travail et le manque d'espaces de parole sont souvent incriminés pour expliquer l'absence de collectifs de travail et d'actions communes. C'est une entrave à un plaisir accru qu'elles pourraient vivre et une entrave à une possible action sur l'organisation du travail qui permettrait de le rendre plus conforme à leurs désirs.</li> <li>➤ La définition du rôle infirmier n'est pas assez explicite. Il y a une ambiguïté entre les divers soignants car leurs champs de pratique sont insuffisamment distincts, ce qui amène à des rapports conflictuels. Elles disent ressentir une non-valorisation de la spécificité infirmière et perçoivent une sous-utilisation de leurs compétences. « J'ai le sentiment d'utiliser 50% de mes connaissances... Ma frustration est liée au fait que les gens du milieu ne me font pas jouer le rôle pour lequel j'ai été formée ».</li> <li>➤ L'ensemble de ces éléments restreint le plaisir, génère un manque de sens dans le travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise ainsi leur santé mentale.</li> </ul> <p><b>Source de plaisir : relation d'aide et d'accompagnement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ L'épuisement professionnel et les problèmes de santé mentale sont dus à la manière dont le travail est structuré et organisé.</li> <li>➤ L'investissement dans la relation d'accompagnement et d'aide avec les résidents et les familles émerge comme</li> </ul>

	<p>stratégie déployée par les infirmières pour compenser l'ensemble des frustrations, des insatisfactions et des souffrances vécues.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ C'est dans cette relation que les infirmières trouvent l'utilité de leurs compétences en soins de longue durée, trouvent un sens à leur travail, construisent leur nécessaire valorisation professionnelle et récoltent l'indispensable reconnaissance.</li> <li>➤ La relation d'aide et d'accompagnement est au cœur de l'équilibre psychique des infirmières. Elle ouvre un sens et un plaisir au travail.</li> </ul> <p><b>Piste de solution</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Création d'espace de parole, reconnaissance concrète en octroyant une plus grande autonomie, un plus grand pouvoir décisionnel, la mise en place de participation aux prises de décisions en lien avec leur pratique et la réorganisation de la modalité des soins.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>La présente étude a mis en lumière ce qui dans le travail infirmier, fait sens ou non pour les infirmières. Il a été démontré que l'accomplissement et la satisfaction professionnelle des infirmières sont le plus souvent négligés au profit de la productivité, ce qui confirme l'impact défavorable de la logique économique sur la pratique des soins. Cela engendre chez les infirmières, une perte de sens du travail infirmier et par conséquent, des problèmes de santé mentale. Les sources de plaisir sont évoquées dans l'investissement dans la relation d'aide et d'accompagnement avec les patients et les familles, ce qui améliorerait la santé mentale des infirmières et la construction identitaire.</p> <p>Les dirigeants doivent absolument, s'ils veulent réduire la souffrance, l'absentéisme et le désinvestissement, prendre en considération le manque d'autonomie et de pouvoir décisionnel sur les actes infirmiers. Ils doivent tendre vers des relations collégiales plutôt que hiérarchiques et promouvoir la participation accrue des infirmières dans les prises de décisions qui les concernent. Il est donc primordial que les cadres gestionnaires créent des conditions de travail favorables à l'accomplissement du rôle professionnel de l'infirmière.</p> <p>L'utilisation de la psychodynamique du travail permet de donner aux infirmières, la place qui leur revient, soit celle de sujets porteurs de sens. C'est également une approche utile pour les gestionnaires dans des domaines tels la gestion des effectifs infirmiers, l'organisation des services infirmiers, l'évaluation des modes d'interventions infirmières et l'organisation du travail intradisciplinaire aussi bien qu'interdisciplinaire. En effet, par les déclarations des participantes, la PDT apporte des éléments de réponse ou de solution des préoccupations vécues sur le terrain, ce qui facilite l'appropriation des résultats par les participantes et donc le transfert des connaissances issues de la recherche.</p> <p><b>Perspectives :</b> Il convient de considérer le travail des infirmières comme une construction sociale toujours en évolution et qui est intimement liée aux processus socio-historiques du moment (Billiard, 1993). Les résultats de l'étude invitent à participer à la transformation des conditions de travail préjudiciables à la santé mentale des infirmières pour que ces</p>

	<p>conditions soit à nouveau perçues par les infirmières comme un lieu de croissance personnelle ainsi qu'un lieu producteur de dignité humaine, de sens et de santé mentale (Brun, 2001).</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) le nombre d'heures d'entrevues, soit six heures au total, est bas ceci en lien avec les contraintes de temps imposées par l'institution. (2) La taille des collectifs d'enquêtes était relativement restreinte. Cependant, l'aspect qualitatif des entrevues prime sur la quantité. (3) La psychodynamique du travail ne permet pas et ne vise pas la reproductibilité et la généralisabilité des résultats. (4) La PDT n'amène pas toujours des changements organisationnels immédiats ou rapides. En effet, les améliorations concrètes dépendent de la direction et de la solidité ainsi que des actions des collectifs de travail. (5) L'étude traite du vécu des infirmières en hôpital lors de soins au long cours de manière générale et non spécifiquement en psychiatrie.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>De nombreux facteurs influencent l'épuisement professionnel des infirmières en psychiatrie. La prise en compte des paramètres organisationnels et structurels ainsi que des restrictions économiques est essentielle à la compréhension de la souffrance des infirmières travaillant dans des services de soins de longue durée. En effet, ces paramètres influencent directement la santé mentale et physique des soignants. Si les gestionnaires prennent conscience de ceci, c'est déjà une victoire et une ouverture à une réorganisation du travail infirmier en psychiatrie.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> la méthodologie de cette étude est conforme aux critères de qualité d'une étude qualitative.</p>

#### **Recherche 4 : « Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression »**

Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A. & Hutschemaekers, G. (2008). Clinical problems in the long-term care of patients with chronic depression. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (6), 689-697.

<b>Résumé</b>	<p>Mise en évidence des difficultés des professionnels en santé mentale à travailler avec des patients qui ont des pathologies qui durent dans le temps, notamment la dépression chronique.</p> <p><b>Mots-clés :</b> Dépression chronique, services communautaires de santé mentale, étude Delphi, groupe de discussion, soins de longue durée, soins infirmiers en santé mentale, réadaptation psychosociale.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème:</b> Même après de haute qualité en pharmacothérapie (Rush <i>et al.</i>, 2006) et après une prise en charge à l'aide d'une psychothérapie (Paykel <i>et al.</i>, 1999), beaucoup de patients souffrent encore de dépression récurrente ou chronique. Ces patients ont plus de risques d'être hospitalisés et de faire des tentatives de suicide. En dépit de ce constat, peu de preuves scientifiques existent sur la façon de prodiguer des soins à ces personnes et peu d'études ont traité des patients avec des dépressions qui résistaient aux traitements (Nelson, 2006).</p> <p>Les patients souffrant de dépression chronique forment la plus grande partie des maladies chroniques non-psychotiques. Ce sont des utilisateurs intensifs des services psychiatriques, recevant très souvent des soins de longue durée. La dépression est associée à des facteurs de vulnérabilité individuelle, à des comorbidités mais aussi à des facteurs sociaux qui sont très importants dans la genèse et la persistance de la dépression, ce qui est souvent méconnus par les professionnels. Concernant la relation thérapeutique patient/infirmière, les patients exigent des infirmières une implication totale dans les soins pour avoir une relation thérapeutique optimale, ce qui est plus qu'elles ne peuvent offrir (Moyle, 2003). Certains professionnels qualifient ces patients de « difficiles » (Koekkoek <i>et al.</i>, 2006) en raison de l'ampleur de leurs problèmes et du désespoir qu'ils induisent (McCullough, 2000), ce qui est renforcé par la durée de la prise en charge, qui peut persister des années.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but de cette étude est d'explorer les problèmes rencontrés par les professionnels de la santé mentale dans les soins à long terme des patients atteints de dépression chronique. Les trois questions majeures étaient d'identifier les problèmes à long terme pour les patients souffrant de dépression chronique, d'identifier les plus urgents et lesquels de ces problèmes peuvent amener à un changement positif si une intervention professionnelle est faite.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> Les rechutes des patients, la démoralisation des professionnels et l'ambiguïté quant à l'approche de traitement (soins de longue durée ou traitement intensif) sont des problèmes majeurs. De ce fait, une vue plus claire sur la chronicité et ses implications peut aider les infirmières en santé mentale à être plus efficaces auprès des patients souffrant de dépression chronique. Selon cette étude, les professionnels qui offrent des soins de longue durée pour les patients souffrant de dépression chronique manquent de soutien théorique et scientifique et trouvent souvent</p>

	leur travail difficile et stressant.
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis</b> : étude qualitative, méthode Delphi.</p> <p><b>Participants</b> : Selon la procédure Delphi, les professionnels doivent être compétents et doivent répondre à deux critères : (1) avoir trois ans d'expérience de travail avec un groupe de patients et (2) être employé dans un centre d'expertise reconnu à l'échelle nationale ou être un expert reconnu au niveau national à travers des publications, conférences ou l'excellence académique. Huit professionnels de santé mentale ont été sélectionnés. Ils avaient entre 30 et 60 ans, habitaient les Pays-Bas et étaient infirmière en santé mentale (4), psychiatre (2) ou psychologue (2).</p> <p><b>Méthode de récoltes des données</b> : La collecte des données et l'analyse ont eu lieu entre juin 2006 et mars 2007. Les auteurs se basent indistinctement sur la « procédure Delphi » puisqu'ils modifient ces quatre phases de conception. La première phase était une réunion des experts en groupe de discussions (normalement des questionnaires) d'environ 100 minutes suivi par l'analyse thématique de ces discussions. Ceci a permis d'obtenir des données sur les problèmes cliniques en soins de longues durées pour les patients souffrant de dépressions chroniques. Dans la deuxième phase, la liste des problèmes mis en évidence a été envoyée à tous les experts pour une validation. Au final, 35 problèmes ont été identifiés. Dans la troisième phase, les experts ont dû évaluer l'urgence et la variabilité estimée des 35 problèmes. Ceux qui avaient des scores extrêmes de variabilité leur ont été renvoyés pour leur demander d'expliquer ces scores. La quatrième phase consistait à envoyer la liste des 35 points aux experts avec les états des résumés du tour 3 et d'y apporter les derniers éclaircissements.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données</b> : Le logiciel d'analyse qualitative des données MaxQDA a permis d'analyser les points de discussion et de construire une liste préliminaire des questions (problèmes), accompagnée de descriptions plus détaillées. Pour pouvoir analyser les conversations des groupes de discussions, celles-ci ont été enregistrées et transcrites intégralement. L'échelle de Likert (en 7 points) a été utilisée pour évaluer l'urgence et la variabilité des 35 problèmes (cité dans la deuxième phase). La moyenne des écarts-type était de 1,5.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Patients : problèmes durables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Selon les experts, la survenue de rechute est un problème majeur qui démoralise et handicape gravement le patient. Chaque épisode de rechute diminue les perspectives d'avenir positives. De plus, les comorbidités (trouble de la personnalité, trouble bipolaire, troubles somatiques, etc.) compliquent le traitement.</li> <li>➤ Un autre problème capital est la dépendance des patients et leur tendance à régresser, par exemple en hôpital, lorsque les soins proposés sont plus intensifs. La dépendance est également plus marquée à la fin du séjour, lorsque la sortie est programmée.</li> </ul> <p><b>Professionnels : attitude pessimiste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Travailler avec des patients souffrant de dépression chronique induit du désespoir et de l'impuissance chez de</li> </ul>

	<p>nombreux professionnels. L'empathie devient quasiment nulle lors de comportement de suicidalité chronique. L'apparition de pensées telles « vous voulez quitter la vie ? faites-le si c'est ce que vous voulez » sont des conséquences évoquées par les soignants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La suicidalité domine souvent les rencontres et empêche un travail constructif dans d'autres domaines. Selon les experts, peu de professionnels réussissent à développer une implication distancée lors d'états suicidaires.</li> <li>➤ Un manque d'optimisme des professionnels a été relié au manque de progrès général.</li> </ul> <p><b>Interaction : la démoralisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La démoralisation est l'une des conclusions principales de cette étude car même les professionnels très motivés ont tendances à être démoralisés et désespérés par le manque de succès qu'ils rencontrent, « c'est souvent sans espoir ». Cela engendre des sentiments négatifs à l'égard des cognitions des patients et du pessimisme au sujet du traitement.</li> <li>➤ Il y a un contraste entre ce que le patient veut (reprendre ses rôles précédents) et la réalité (rechute et dépendance).</li> <li>➤ Pour les professionnels, c'est également frustrant : contraste entre ambition, objectif d'amélioration (guérir le patient) et ce qu'ils sont obligés de faire (offrir des soins de longue durée).</li> </ul> <p><b>Système social : l'attitude ambiguë</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La société est mitigée entre deux sentiments : compréhension de la dépression/bienveillance et mise en doute de la volonté du patient car chronicité de la situation.</li> <li>➤ Selon les experts, la société en générale (mais aussi les assureurs de santé, les membres de la famille et même les professionnels) pensent qu'il suffit de se comporter normalement, d'arrêter de se plaindre et de se bouger de son canapé pour aller mieux.</li> <li>➤ Le contact entre les professionnels et la famille du patient peut être difficile car la famille croit que les professionnels vont rapidement guérir le patient.</li> </ul> <p><b>Système de santé mentale : les efforts de traitements limités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il y a très peu de réflexion sur le besoin réel du patient : besoin de traitement (guérison) ou besoin d'un modèle de soutien (accompagnement).</li> <li>➤ Lorsque le patient est dans cette phase de soutien, les objectifs thérapeutiques et les efforts deviennent limités. Par exemple, lorsque le patient vient en ambulatoire toutes les 2 semaines, il est à la charge du professionnel et devient très dépendant de lui.</li> <li>➤ Selon les experts, le débat existe sur le fait que beaucoup de patients gagneraient à des traitements plus intensifs plutôt que des prises en charges ambulatoires.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>Dans la dépression chronique, le patient et les soignants semblent d'abord partager le même objectif, à savoir guérir. Les deux parties se tiennent en otage dans le désir mutuel du succès, de la création d'une alliance contre la chronicité. Cela va</p>

	<p>durer ainsi jusqu'à ce que le patient rechute et que le soignant perçoive un manque de progression de la part du patient. De ce fait, la démoralisation se trouve dans les deux parties. Les sentiments de désespoir du soignant vont le pousser à aboutir à des tentatives pour éviter l'interaction ou à des limitations de traitements. Les attentes des soignants et des patients ne sont plus les mêmes. Le patient devient dépendant des soins et est dans une phase de seuil minimal de participation. Le manque d'ambition est difficile à accepter par les soignants. Dans cette optique, les soignants veulent soit intensifier le traitement (donc ne pas accepter la chronicité) soit améliorer les soins de longue durée (donc accepter la chronicité).</p> <p>Les experts préconisent des changements dans l'attitude des professionnels et dans l'organisation des soins pour avoir une approche qui prend en compte la chronicité. Ils favorisent des soins de longue durée qui sont structurés et fondés sur un partenariat renforcé avec d'autres professionnels. Alors on saura que cela va lentement, qu'il y a des hauts et des bas, qu'il y aura des rechutes mais que c'est normal. Les experts espèrent que cela réduira la démoralisation et que les soignants arrêteront de croire que les patients vont finir par s'améliorer et qu'ils n'auront pas besoins de soins de longue durée.</p> <p>Il faut également prendre en compte la réhabilitation sociale. Ce point de vue social a besoin de plus d'attention et, en soi, peut favoriser des changements positifs dans les attitudes des professionnels. Pour avoir une prise en charge au long cours de qualité, les infirmières en santé mentale devront introduire les objectifs de réadaptation avec le traitement psychopharmacologique et les compétences psychothérapeutiques.</p> <p><b>Perspectives :</b> Des recherches complémentaires seront nécessaires pour développer des connaissances détaillées et pour trouver de meilleures interventions de soins concernant la réhabilitation sociale. Ceci pour permettre aux infirmières de santé mentale d'améliorer leur prise en charge des patients atteints de dépression.</p> <p><b>Limite de cette étude :</b> (1) Cette étude exploratoire a été basée sur un échantillon de seulement huit experts. (2) L'étude se déroule dans un seul pays. De plus, le financement des soins de santé mentale est régit par des contrats individuels avec les compagnies d'assurance. Les maladies chroniques peuvent être traitées différemment dans les autres pays en fonction de son financement. Cependant, les principales conclusions de cette étude s'appliquent aux pays bien développés à travers le monde.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Cette étude est intéressante non pas parce qu'elle traite de la dépression chronique mais parce que de nombreuses transférabilités peuvent être faite à la psychiatrie en général et surtout à d'autres maladies mentales chroniques comme notamment les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques et les troubles du comportement alimentaire. L'attitude et les sentiments des soignants (Impuissance, démoralisation, pessimisme, etc.) peuvent être présents dans de nombreuses maladies chroniques.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> La procédure Delphi n'a pas vraiment été respectée puisque les quatre phases ont été modifiées et selon sa conception d'origine, le nombre d'experts est insuffisant.</p>



**Recherche 5 : « How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems ?  
Experiences of case managers and their clients »**

Repper, J., Ford, R. & Cooke, A. (1994). How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1096-1104.

<b>Résumé</b>	L'étude parcourt l'expérience des gestionnaires de cas en santé mentale et de leurs patients atteints de maladies chroniques et persistantes, ceci afin de mettre en évidence les problèmes et les stratégies mises en place lors de relations thérapeutiques au long cours.
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème :</b> En dépit du récent changement de politique envers les personnes atteintes de graves et persistants problèmes de santé mentale, il a clairement été établi que les infirmières de santé mentale ont tendance à donner la priorité à des patients qui ont des problèmes à court terme et deviennent démoralisées lorsqu'elles travaillent avec des patients ayant des besoins et des incapacités persistantes. En effet, les infirmières ont besoin de trouver un sens pertinent à leurs soins pour pouvoir prendre part activement à la relation et pour pouvoir retirer de la satisfaction de leur travail.</p> <p>Une législation récente du Royaume-Uni et du Département de Conseils de Santé a mis en avant un décalage dans les soins de santé mentale envers les soins aux personnes ayant des problèmes de santé mentale à long terme (Département de la Santé, 1989, 1990, 1991). De ce fait, il y a une tendance à développer les services vers les patients ayant des problèmes à court terme (Sayce &amp; al., 1991) et le personnel soignant axe ses formations spécialisées dans ce sens, et non vers la chronicité.</p> <p>Les personnes avec des problèmes de santé mentale à long terme ont de sévères et persistantes perturbations de la pensée, des sentiments et du comportement comme lors d'une maladie psychotique. Ces gens ont un éventail de besoins élevés dans plusieurs domaines (médicaux, sociaux et personnels) (Ford &amp; al., 1993). Parallèlement, ceux-là trouvent souvent difficile d'accéder ou d'accepter les services qui pourraient les aider à atteindre et à maintenir un maximum de niveau d'indépendance ou une qualité de vie raisonnable (Melzer, 1991). Burnard (s.d), décrit les relations avec ces patients comme difficiles, il n'est pas évident de travailler avec des personnes dont l'expérience de vie et la réalité quotidienne diffèrent nettement de la nôtre.</p> <p>« Ni les formations professionnelles, ni les expériences ordinaires nous équipent pour le défi de travailler avec de telles personnes » (Perkins &amp; al., 1992). En outre, il a été suggéré que l'équipe travaillant avec ces patients pourraient probablement être épuisée, cela dû à la nature stressante du travail sur soi.</p> <p>Pour mieux comprendre la différence entre infirmière en santé mentale « normale » et infirmière en santé mentale s'occupant de personnes ayant des maladies chroniques et sur du long cours, la notion de « gestionnaire de cas » a été introduite aux Etats-Unis (1982). En voici une définition : « La gestion de cas implique d'avoir une personne seule responsable pour</p>

	<p>maintenir une relation de support à long terme avec le patient, indépendamment du lieu et indépendamment du nombre d'intermédiaires impliqués. Elle engage également le contrôle complet des besoins du patient, la négociation de l'ensemble des soins, la coordination des soins et la surveillance régulière de l'état de santé (entretiens). Le gestionnaire de cas est donc une aide, un négociateur et un avocat pour le patient ».</p> <p>En 1990, 4 services de démonstration de gestion de cas traitant exclusivement les gens ayant des problèmes de santé mentale à long terme ont été introduits au Royaume-Uni. Ces 4 services ont permis le développement d'autres services pour au total, 700 patients dans 6 zones différentes et réunissant 50 gestionnaires de cas, la plupart d'entre eux ayant une formation dans les soins. Le groupe de patients « sélectionné » se comportait de pathologies psychotiques (85%) dont 71% de schizophrènes. L'âge moyen de la 1<sup>ère</sup> hospitalisation psychiatrique était de 24 ans et l'âge moyen du 1<sup>er</sup> contact avec un gestionnaire de cas était de 46 ans. 53% des patients ont été réadmis en unité psychiatrique dans les deux dernières années. 40% ont des problèmes de santé physiques associés. Les besoins de ce groupe de patient exigent une approche plus intégrée, plutôt que séparer santé et soins sociaux.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but général de cette étude était d'identifier, de décrire et fournir une compréhension de la relation des gestionnaires de cas et des interventions avec et pour le patient. L'étude fait appel à l'expérience des gestionnaires de cas et de leurs patients pour pouvoir informer les travailleurs de la santé mentale qui essayent de développer et maintenir des relations réelles, de confiance et à long terme avec des patients qui ont une maladie mentale au long cours.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> La relation entre le gestionnaire de cas et le patient est le centre du travail de gestion de cas.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> étude qualitative.</p> <p><b>Participants :</b> 17 gestionnaires de cas de 4 équipes de recherches et 16 patients ayant des problèmes de santé mentale de long terme ont été inclus dans cette étude. Les données ont été récoltées au Royaume-Uni.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Pour obtenir un compte-rendu et une compréhension journalière des méthodes utilisées par les gestionnaires de cas, les auteurs ont décidé de mener des interviews guidées, celle-ci permettant de comprendre comment les patients et les gestionnaires de cas expliquaient leurs relations dans la pratique quotidienne. Au départ, 33 patients devaient être interviewés mais à cause de leur instabilité ou vulnérabilité à ce moment, seulement 16 ont participé à l'étude. Les auteurs ont demandé aux gestionnaires de cas et aux patients une vue d'ensemble de leurs activités avec l'autre au cours des 6 derniers mois et une description de leur relation avec cette personne. Le travail entrepris durant ces 6 derniers mois a été discuté en détail et leurs sentiments à propos de ce travail a été décrit. Si besoin était, des questions spécifiques ont complété des questions de base. Les interviews ont été menées par des chercheurs basés localement dans quatre zones ayant des services de gestion de cas.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Pour assurer l'exactitude, toutes les interviews ont été transcrites par le chercheur qui a</p>

	<p>mené l'interview. Tous les chercheurs ont été également impliqués dans la lecture initiale et la classification des interviews. Le centre d'intérêt principal était la relation entre les gestionnaires de cas et leurs patients.</p> <p>Une structure codée a été développée pour refléter les principaux thèmes qui surviennent dans les interviews. Deux axes principaux ressortent de ces interviews : les problèmes liés à la relation et les stratégies pour maintenir cette relation. Plusieurs sous catégories comme la gestion du temps, le rôle, les sentiments ou le contexte ont été mises en corrélation avec les deux axes principaux. Les résultats de ces thèmes ont été retournés aux gestionnaires de cas qui ont confirmé l'exactitude et validé l'analyse.</p> <p>La présentation des résultats ci-dessous est basée sur les <i>principes du travail</i> de gestionnaires de cas et la <i>pratique de ce travail</i> pour ainsi préserver la nature de corrélation des thèmes nommés précédemment. Les principes reflètent les valeurs fondamentales avec lesquelles les gestionnaires de cas ont travaillé et la pratique est une exploration du processus de travail.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>LES PRINCIPES DU TRAVAIL DE GESTIONNAIRE DE CAS</b></p> <p><b>Réalisme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Importance des prévisions réalistes comme stratégies pour surmonter la difficulté de la relation.</li> <li>➤ Permet d'anticiper le rythme lent et fluctuant du progrès ou du changement (ex : pas de progrès durant 6 mois).</li> <li>➤ Réduit l'anéantissement et évite les sentiments d'échec pour les deux parties (soignant-soigné).</li> </ul> <p><b>Perspective à long terme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Permet de voir au-delà de la crise et de planifier le soutien au patient dans la communauté.</li> <li>➤ La gestion de cas offre l'opportunité au soignant de travailler avec les mêmes patients sur une longue période, ce qui permet de prendre les choses lentement, d'avoir de petits objectifs et d'être à la fois régulier et persévérant.</li> <li>➤ Régularité (ex : 1 entretien par semaine) permet de ne pas voir la personne que lorsqu'elle va mal mais aussi lorsque elle va bien.</li> <li>➤ Ainsi, le processus complexe de persévérance, de régularité et de réalisme, dans le long terme et au rythme du patient, permet au gestionnaire de cas de rester positif face au refus.</li> <li>➤ Les patients apprécient les soins sur du long terme car ils sont plus capables de faire confiance.</li> </ul> <p><b>Compréhension positive et empathique envers le patient</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se traduit par la volonté et la capacité du soignant à s'envisager lui-même dans la situation du patient afin de le comprendre.</li> <li>➤ Gestionnaire de cas parlent de : travail sur eux-mêmes, d'être compréhensif, d'être avec.</li> <li>➤ Permet d'aider les soignants à voir les problèmes du point de vue du patient.</li> <li>➤ Empathie développé à travers la relation au fil du temps. L'écoute et l'identification sont essentielles pour construire une relation positive avec les patients.</li> </ul>

- C'est un moyen par lequel les soignants peuvent mieux comprendre les souhaits des patients et éviter les pièges de la déception et de la désillusion.

#### **La flexibilité**

- Gestionnaires de cas ont dû adopter une approche flexible centrée sur le patient pour répondre à ses besoins individuels.
- Avant la mise en place de ce genre de service, les soins étaient donnés de manière définie et à des heures fixes, en des endroits spécifiques, ce qui n'était pas en accord avec de nombreux patients.
- La flexibilité facilite la prestation envers le patient.
- Patients : apprécient la flexibilité, de voir son soignant quand ils veulent, apprécient la disponibilité et le fait que ce soit eux qui ont le contrôle, apprécient car rassurant, savent qu'il y a quelqu'un « au cas où ».

### **LE PROCESSUS DE TRAVAIL DE GESTIONNAIRE DE CAS**

#### **Relation de confiance**

- Beaucoup de gestionnaires de cas font référence à la confiance et à son importance dans la qualité de la relation.
- Permet au patient de s'engager et d'être capable de confier ses problèmes.
- Confiance permet aux patients de ne pas se sentir rejetés ou renvoyés, ne cachent pas leur symptômes.
- Les soignants ont habituellement beaucoup de mal à prendre en charge et à travailler avec des patients atteints de maladies mentales graves et persistantes dans les services de psychiatrie traditionnelle et ne tentaient plus de les faire participer dans les activités quotidiennes. L'engagement dans les services est un grand défi pour les gestionnaires de cas.

#### **Engagement**

- Au début de la relation, le gestionnaire de cas utilise l'approche « affaire » et va effectuer des tâches concrètes avec le patient (détails financier, logement, prestations sociales, etc.).
- Ces tâches sont souvent les plus urgentes et permettent aux deux parties de mieux se connaître.
- Le rôle du gestionnaire de cas au début de la relation et donc de démontrer leur utilité au patient.
- Il s'agit aussi de prouver aux autres services et aux autres soignants que la gestion de cas est nécessaire, surtout à long terme, pour pouvoir travailler les problèmes les plus difficiles avec le patient.

#### **Evaluation**

- L'évaluation n'est pas prioritaire chez les gestionnaires de cas.
- Les auteurs pensent que c'est à cause de la récente mise en place de ces services de gestion de cas et que les gestionnaires de cas sont pour l'instant, centrés sur l'engagement avec le patient.

	<p><b>Communiquer avec le client</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une grande partie du travail du gestionnaire de cas est de travailler sur le traitement des difficultés réelles dans la communication.</li> <li>➤ Un gestionnaire de cas explique qu'un service de soins lui a demandé d'intervenir avec un patient car ils n'arrivaient pas à partager ou comprendre tous ce que le patient cachait « sous la surface ». Il a travaillé avec ce patient et l'a qualifié d'intelligent et intuitive car ce patient savait en quoi consistaient le travail du gestionnaire de cas et a simplement dit que tout allait bien pour ne pas à avoir à se confier.</li> <li>➤ Le gestionnaire de cas aurait pu traduire cet entretien et ce manque de communication comme frustrant, ennuyeux, désespérant. Cependant, il a préféré conclure par des propos positif envers le patient (intelligent et intuitif).</li> <li>➤ Le gestionnaire de cas semble donc avoir la capacité d'expliquer le comportement du patient et de comprendre son langage, ce qui empêche de se sentir rejeté.</li> </ul> <p><b>Les interventions des gestionnaires de cas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le gestionnaire de cas va, de manière inventive, trouver des éléments positifs, pour contrer les problèmes de son patient.</li> <li>➤ Il utilise une approche individuelle centré sur le patient, que ce soit l'enseignement des compétences pratiques (ex : lavage, budgétisation, alphabétisation) ou l'utilisation de programmes comportementaux pour façonner un comportement (ex : montrer un journal intime, avec les sentiments et ressentis de la personne et lui demandé s'il voudrait adopter ce comportement afin d'avoir du recul sur ses sentiments).</li> <li>➤ Cette approche encourage le patient à modifier son comportement sur la base de l'élaboration d'une compréhension différente de ses difficultés. Ils voient par eux-mêmes les avantages à changer de comportement, plutôt que d'être contraints de changer.</li> <li>➤ En donnant une forte flexibilité au patient, celui-ci a le sentiment d'être indépendant, d'être digne de respect et se sent d'avantage pris en charge.</li> </ul> <p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Grâce aux interventions ci-dessus, les clients acceptent le suivi et la surveillance éloignée. Ils estiment qu'ils ont été pris en charge et compris et surtout, qu'ils ont eu le choix.</li> <li>➤ Plusieurs patients mentionnent qu'ils n'auraient probablement pas continué à accepter les soins s'ils avaient été contraints.</li> <li>➤ Ce suivi est décrit comme rassurant par les patients et dépend de l'établissement d'une relation de confiance.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	Le développement et le maintien de la relation entre le gestionnaire de cas et le patient est le principal moteur à travers lequel les besoins des patients ont été évalués et pris en charge.

	<p>Le cadre philosophique positif et le vaste rôle du gestionnaire de cas lui a permis d'adopter des stratégies efficaces. Celles-ci ont contribué à développer et maintenir les soins individuels dont les patients ont besoins dans la communauté. Ces stratégies ont surmonté de nombreux problèmes liés à la maladie, aux problèmes personnels et aux problèmes relatifs à l'environnement. L'attention peut être portée sur les processus et sur la qualité de la gestion de cas qui a été couronnées de succès à la fois en termes de progrès des clients ou en termes de satisfaction des gestionnaires de cas.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) faible échantillonnage, (2) année de parution.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Pour ma part, malgré la date de parution, cette recherche scientifique est celle qui répond de manière la plus appropriée à ma question de recherche et à mon travail de bachelor. En effet, le vécu et les ressentis des soignants en psychiatrie, ici les gestionnaires de cas, sont clairement explicités et ceci en lien avec des patients atteints de problèmes de santé mentale chronique et au long cours. C'est pourquoi, malgré le fait que cette étude ne fasse pas partie de mes critères d'inclusion à cause de son année de parution, j'ai décidé de l'inclure dans mon travail.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> Il manque les « mesh terms » et l'intervalle de temps entre laquelle l'étude s'est déroulée. La date de parution est un biais à la fiabilité actuelle de l'étude.</p>

**Recherche 6 : « Perceived Stress among Nursing Staff in Psychiatric Inpatient Care : The Influence of Perceptions of the Ward Atmosphere and the Psychosocial Work Environment »**

Tu vesson, H., Eklund, M. & Wann-Hansson, C. (2011). Perceived Stress among Nursing Staff in Psychiatric Inpatient Care : The Influence of Perceptions of the Ward Atmosphere and the Psychosocial Work Environment. *Mental Health Nursing*, 32, 441-448.

<b>Résumé</b>	La présente étude décrit les phénomènes qui influencent le stress perçu par le personnel infirmier en psychiatrie.
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème :</b> Malgré un grand nombre de recherches concernant le stress et le personnel infirmier en psychiatrie, très peu d'entre elles ont examiné comment le personnel infirmier percevait la relation entre l'ambiance du service et l'environnement psychosocial au travail dans les soins aux patients hospitalisés. Cette perception peut être importante car une meilleure connaissance des relations potentielles entre ces deux aspects pourraient amener à l'obtention de mesures visant à apporter des améliorations et réduire le stress chez le personnel infirmier.</p> <p>Bien que la littérature sur le stress au travail soit abondante, le concept de stress est loin d'être clairement défini car il n'y a pas d'arrangement concernant sa définition (Khoozani &amp; Hadzic, 2010). En général, les définitions du stress réunissent trois aspects : le stressor = stimulus, la réaction causée par le stressor et l'accent relationnel (Lazarus, 2006). Pour cette étude, le stress est interprété comme un phénomène comprenant l'ensemble de ces trois aspects.</p> <p>Le stress chez le personnel infirmier dans le domaine des soins hospitaliers psychiatriques a reçu moins d'attention de la recherche que celui dans le domaine de la psychiatrie communautaire et dans d'autres contextes de soins infirmiers cliniques (Currid, 2008 ; Jenkins &amp; Elliot, 2004). A cause de ce manque de littérature, les résultats ne sont, jusqu'à présent, pas concluants.</p> <p><i>L'ambiance du service</i> comprend l'environnement physique, la structure sociale et l'interaction sociale. Deux domaines de l'ambiance du service ont obtenu un certain intérêt en ce qui concerne le stress perçu chez le personnel infirmier et l'épuisement professionnel. Il s'agit de la relation soignant-soigné et de l'agressivité/violence.</p> <p>Pour <i>l'environnement psychosocial du travail</i>, plusieurs variables ont été trouvées pour relier le stress dans les soins psychiatriques. Il s'agit de la charge de travail, le sous-financement et la pression de la hiérarchie (Currid, 2009).</p> <p>Selon Lasalvia et al. (2009), le stress augmente avec le temps de l'emploi. Il y a ainsi un risque de burnout plus élevé pour les soignants employés depuis plus de 12 ans.</p> <p>Concernant la différence entre les facteurs de stress des infirmières et les facteurs de stress des aides-soignantes, Jenkins et Elliot (2004), ont démontré que le principal stressor pour les premières était le manque de ressources et pour les deuxièmes, la difficulté dans la relation soignant-soigné. Connaître les similarités et les différences entre les deux groupes, en lien avec</p>

	<p>leurs perceptions du stress, peut servir comme fondation pour savoir comment prévenir le stress et comment créer des changements bénéfiques.</p> <p>Avoir plus de connaissances sur l'ambiance du service et l'environnement psychosocial au travail, paraît, suite à ces explications, essentiel pour ouvrir la voie à des améliorations des conditions de travail en psychiatrie.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but de cette étude était d'étudier (1) le stress perçu par le personnel infirmier travaillant dans les soins psychiatriques, (2) les différences possible entre les infirmières et les infirmières-assistantes et (3) les associations entre les caractéristiques individuelles, l'ambiance du service, l'environnement psychosocial au travail et le stress perçu.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> Un faible taux pour le facteur d'ambiance du service « implication » des patients et un faible taux pour le facteur de l'environnement psychosocial du travail « clarté des rôles » des soignants sont des indicateurs de stress chez le personnel soignant.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> Devis quantitatif, non-expérimental, enquête transversale.</p> <p><b>Participants :</b> L'étude a été réalisée auprès de douze services hospitaliers de psychiatrie aiguë du sud de la Suède, tous responsables de patients adultes. Ceux-ci avaient différents diagnostics et problèmes comme des psychoses, des dépressions, des troubles de la personnalité, des troubles du comportement alimentaire, des comportements suicidaires et parfois des toxicodépendances.</p> <p>Sur la base des écrits de Cohen, 179 membres du personnel soignant ont reçu un questionnaire et les réponses à celui-ci étaient de 52.3%, ce qui équivaut à 93 participants représentés par 38 infirmières et 55 aides-soignantes. L'âge moyen était de 48 ans. Pour avoir accès aux participants, les auteurs ont dû obtenir l'approbation des chefs de cliniques et des responsables d'unité. Les critères d'inclusion comprenaient d'une part, le personnel travaillant de jour et d'autre part, le fait d'avoir travaillé au moins deux mois dans la même unité.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Tout d'abord, une séance d'information a eu lieu dans chacun des services de soins pour inviter les participants potentiels. Des questionnaires incluant une lettre d'information, un consentement éclairé et une enveloppe auto-adressée ont été distribués. Le personnel infirmier avait trois semaines pour retourner ce questionnaire. En tout, la collecte des données s'est déroulée durant 4 mois.</p> <p>Cette étude est basée sur trois thèmes d'auto-évaluation : le stress perçu, l'ambiance du service et l'environnement psychosocial au travail. Avant cela, six questions concernant des informations individuelles étaient posées : âge, sexe, type d'emploi, métier, durée d'expérience de travail dans l'unité actuelle, durée d'expérience de travail dans les soins psychiatriques.</p> <p><i>L'échelle de stress perçu :</i> les auteurs utilisent l'échelle du stress perçu (PSS) développée par Cohen Kamarck et Mermelstein (1983) qui va mesurer le degré dans lequel une personne se trouve lorsqu'elle vit des événements imprévisibles, incontrôlables ou qu'elle est surchargée. Cette échelle est appropriée pour mesurer le stress sans être focalisé sur une</p>



	<p>situation précise. Elle comprend 14 items.</p> <p><i>L'échelle d'ambiance du service</i> : l'échelle d'ambiance de service (WAS), revisitée par les suédois (s'appuyant sur le travail de Rossberg et Friis, 2003), a été utilisée pour la présente étude. Elle est employée pour investiguer les différents aspects de l'ambiance du service comme l'implication des patients, leurs problèmes d'orientation pratique, les comportements agressifs et violent, l'ordre/l'organisation des patients et le consensus entre patient et membre du personnel. Elle comprend 83 items.</p> <p><i>QPS Nordic 34+</i> : il s'agit ici d'évaluer les facteurs psychologiques et sociaux de l'environnement de travail. Les auteurs ont choisi d'utiliser la version courte du « General Nordic Questionnaire for psychological and Social Factors at Work » (Dallner, Lindström. Et al., 2000). Cette échelle comprend 37 items.</p> <p>Les trois instruments de mesure ci-dessus ont été évalués avec les valeurs alpha de Cronbach.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données</b> : Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les caractéristiques des participants et pour investiguer la distribution des réponses de l'échelle du stress perçu. Le Mann-Whitney U-test a été utilisé pour analyser les différences entre les groupes et la Spearman rank correlations a été utilisée pour évaluer les relations bivariées entre les sous-échelles. Un autre but de ces tests était d'identifier les variables qui pouvaient être utilisées comme variables indépendantes dans des analyses multivariées. La valeur p de 0,1 et moins a été fixée pour l'inclusion dans une analyse qui va vers une régression logistique conditionnelle avec le stress perçu comme variable dépendante. Pour arriver à des résultats plus significatifs, certains thèmes ont été regroupés. Une valeur p de <math>\leq 0.05</math> a été considérée comme statistiquement significative et toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel des statistiques SPSS.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Caractéristiques individuelles du personnel soignant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 93 participants (52,3%) dont 38 infirmières et 55 aides-soignantes.</li> <li>➤ Âge moyen : 48 ans (de 21-65 ans), 72 femmes (21 hommes).</li> <li>➤ Emploi permanent : 80 participants.</li> <li>➤ Durée moyenne d'expérience de travail dans l'unité actuelle : 9 ans.</li> <li>➤ Durée moyenne d'expérience de travail dans les soins psychiatriques : 18 ans (15 ans pour les infirmières et 20 ans pour les aides-soignantes).</li> </ul> <p><b>Stress perçu par le personnel soignant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rappel : Echelle de stress perçu (<b>PSS</b>), score 0 = minimum (peu stressant), score 4 = maximum (stressant).</li> <li>➤ Le résultat final de l'échelle de stress perçu est de 22,6 (maximum = 56 (haut niveau de stress)).</li> <li>➤ Les participants ont généralement sélectionné les items du milieu : de 1 à 2.</li> <li>➤ Items avec le plus haut score de stress perçu : faire face à d'importants changements qui se sont produits dans la vie (2,29), penser aux choses que l'on doit accomplir (2,54).</li> <li>➤ Items avec le plus bas score de stress perçu : Incapacité de contrôler les choses importantes dans la vie (1,35),</li> </ul>

confiant sur la capacité à gérer les problèmes personnels (1,22), senti que vous étiez au-dessus des choses (1,18), difficultés trop hautes que je ne peux pas surmonter (1,10).

- Il n'y a pas de différences significatives entre les infirmières et les aides-soignantes.

#### **Perception par le personnel soignant de l'ambiance du service et de l'environnement psychosocial de travail**

- Rappel : Echelle de l'ambiance du service (**WAS**), score 0 = pas d'accord du tout, score 3 = totalement d'accord.
- Pour l'ambiance du service, les participants trouvent des alternatives à la plupart des sous-échelles avec une valeur moyenne de 1,8 pour la clarté des programmes (compréhension du patient des soins que l'on va lui prodiguer et comment il perçoit la clarté du service), 1,79 pour l'orientation pratique (la mesure dans laquelle les patients apprennent des compétences pratiques et sont prêts pour une sortie), 1,63 pour l'ordre et l'organisation (comment ces deux aspects sont gérés dans le service) et 1,48 pour la participation (implication du patient et son activité dans le service).
- Un score moyennement élevé a été trouvé pour les problèmes d'orientation personnelle (2,1)
- Un score moyennement bas a été trouvé pour la colère les comportements agressifs (1,08)
- Rappel : Echelle de l'environnement psychosocial au travail (**QPSNordic34++**), score 1 = très rarement ou jamais, score 5 = très souvent ou toujours.
- Pour l'environnement psychosocial au travail, les scores étaient de 3,76 pour un manque de clarté des rôles, de 3,3 pour un manque de renforcement du leadership, de 3,1 pour le climat organisationnel et de 2,97 pour le contrôle au travail.
- Un score inférieur à la moyenne a été trouvé pour le soutien des supérieurs (1,7).

#### **L'association entre l'ambiance du service, l'environnement psychosocial de travail et le stress perçu**

- Il y a une corrélation significative entre trois facteurs de l'ambiance de service (participation des patients, leur organisation, leur compréhension de la clarté des programmes) et le stress perçu.
- Il y a aussi une corrélation significative entre deux facteurs de l'environnement psychosocial du travail (clarté des rôles et le climat organisationnel) et le stress perçu.
- La durée de l'expérience de travail en psychiatrie a une relation de  $p \leq 0,1$  avec le stress perçu et a été conservé comme variable pour l'analyse de régression logistique.
- Après l'analyse régressive, deux facteurs significatifs de l'association entre les trois échelles sont ressortis : la participation des patients (WAS) ( $p = 0,000$ ) et la clarté des rôles des soignants (QPSNordic34+) ( $p = 0,001$ ). Un faible score dans ces deux facteurs étaient significativement associés avec un niveau élevé de stress perçu. Ensemble, ces deux variables expliquent 32,4% du score de stress perçu.
- Ce constat a été réalisé à l'aide du modèle Hosmer-Lemeshow test qui a une valeur  $p > 0,05$ .

<p><b>Discussion</b></p>	<p>Il n'y a pas de différences significatives entre les infirmières et les aide-soignantes concernant le stress perçu, ce qui concorde avec l'étude précédente (Jenkins &amp; Elliot, 2004 ; Sorgaard et al., 2010).</p> <p>La découverte la plus importante de cette étude est qu'un faible taux d'implication des patients et un faible taux de clarté des rôles des soignants sont en lien avec un taux élevé de stress perçu dans le personnel dans son ensemble. Ces facteurs expliquent plus d'un tiers des variations de stress perçu.</p> <p>Selon Moos (1997) l'<i>implication</i> des patients mesure le degré d'activité, l'engagement et l'énergie des patients d'un service. Cela inclut les aspects de l'enthousiasme, les activités sociales de tous les jours et l'esprit de groupe.</p> <p>Une étude (Dodds &amp; Bowles, 2001) mentionne que la réduction des observations formelles sur un service psychiatrique aiguë et l'introduction d'un programme d'activités individualisées pour les patients conduit à la réduction, par exemple, d'automutilation, de violence et conduit aussi bien à une augmentation de la qualité des soins qu'à une diminution des maladies du personnel. Cela peut indiquer que l'augmentation de l'activité des patients et leur implication peut affecter les conditions d'équipe et, comme la présente étude le suggère, être un important facteur de réduction de stress et d'épuisement professionnel parmi l'équipe soignante. En effet, la proximité et l'intensité de la relation soignant-soigné semblent augmenter le stress et l'épuisement professionnel.</p> <p>Il est intéressant de relever que dans cette étude, la colère et les comportements agressifs des patients ne sont pas liés au stress perçu chez le personnel soignant contrairement aux études précédentes qui elles, ont reconnu que ces facteurs étaient associés au stress et à l'épuisement professionnel parmi les équipes en psychiatrie (Currid, 2008, 2009).</p> <p>La présente étude suggère qu'un faible sentiment de <i>clarté des rôles</i> est lié à un taux élevé de stress perçu. La clarté des rôles se traduit par la compréhension de son propre rôle par le professionnel, par des objectifs clairs pour le travail effectué et par le savoir des professionnels concernant ce qu'on attend d'eux. Plusieurs études de soins psychiatriques ont démontré une corrélation entre un manque de clarté concernant le rôle professionnel et le stress (Gibb et al., 2010 ; Gulliver, Towell &amp; Peck, 2003). Les résultats de la présente étude témoignent des informations importantes en ce qui concerne la nécessité de se concentrer sur les améliorations qui pourraient clarifier les rôles du personnel infirmier et aider à prévenir le stress chez le personnel en soins psychiatrique.</p> <p>Dans cette étude, le score de stress perçu (PSS) par l'échantillon est de 22.6, ce qui est modéré. Plusieurs études ont exploré le stress dans les soins psychiatriques mais les différences dans les conceptions et les mesures utilisées rendent les comparaisons difficiles. Cependant, en comparaison avec les études qui ont utilisé le même instrument, le niveau de stress perçu est assez faible. Cela peut venir de plusieurs raisons notamment de la durée d'expérience dans le service et les soins psychiatriques (respectivement 9 et 18 ans) qui pourrait avoir un effet protecteur contre le stress contrairement à ce que dit Lasalvia et al. (2009), qui mentionne qu'il y a un risque plus élevé de burnout chez le personnel employé depuis plus de 12 ans.</p>
--------------------------	--

	<p><b>Perspectives :</b> Comme cette étude se focalise sur l'implication des patients et la clarté des rôles du personnel soignant, des études supplémentaires seront nécessaires pour mettre en évidence d'autres facteurs influençant l'impact du stress perçu dans les soins psychiatriques.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) Le taux de réponse n'était pas optimal (52,3%), (2) cinq sous-échelle de l'échelle de l'ambiance de service ont été exclues en raison des difficultés d'atteindre une cohérence interne acceptable et (3) le but de cette étude n'était pas d'investiguer tous les facteurs possibles de stress perçu mais de se focaliser spécialement sur l'ambiance du service et l'environnement psychosocial au travail.</p>
<b>Propre questionnaire et conclusion</b>	<p>Cette étude est intéressante car elle met en évidence de nombreuses divergences concernant le même sujet en fonction des outils d'évaluation, notamment concernant les comportements agressifs et la violence. Il est impératif de connaître les facteurs influençant le stress du personnel soignant pour pouvoir agir sur celui-ci et ainsi prévenir l'épuisement professionnel.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> Cette étude respecte les stipulations éthiques sur la loi suédoise de recherche de régulation, l'Examen Ethique de la Recherche avec des êtres Humains et l'approbation a été obtenu de la Commission d'Examen Ethique Régional (No.380/2008). De plus, l'échelle « Ward atmosphere » est un outil fiable qui est largement utilisé.</p>

**Recherche 7 : « Emotional labour and stress within mental health nursing »**

Mann, S. & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 154-162.

<b>Résumé</b>	<p>La présente étude vise à faciliter la compréhension de la relation complexe entre les composantes du travail émotionnel et le stress dans le secteur des soins infirmiers en santé mentale.</p> <p><b>Mots-clés</b> : émotions, infirmières, stress, jeu superficielle (de surface) / jeu en profondeur.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème</b> : Comme le dit Bolton (2001), les soins infirmiers sont certainement l'une des professions les plus couramment associées au <i>travail émotionnel</i>. Il s'agit de l'effort employé par le soignant pour réguler l'expression de ses émotions, ceci afin d'être en accord avec les attentes et les exigences que l'on a de lui en tant que soignant, que ce soit au niveau organisationnel ou conventionnel. L'infirmière doit parfois exprimer des émotions qu'elle ne ressent pas sincèrement dans une situation particulière et c'est cette dissonance émotionnelle qui conduit au travail émotionnel.</p> <p>Les professionnels ont inévitablement à adopter des stratégies pour gérer leurs émotions. Le travail émotionnel est une stratégie qui permet aux infirmières de présenter une approche impersonnelle des soins, envers les patients et la société, surtout lorsqu'il s'agit d'expérience difficiles, de souffrance, de peur ou de mort. Ainsi, le travail émotionnel peut être réalisé avec une stratégie de « <i>surface acting</i> » (jouer superficiellement) dans laquelle l'individu feint une émotion appropriée ou gère l'aspect visible de l'émotion qui apparaît à la surface (expressions faciales, indices verbaux et non-verbaux). Une autre stratégie est celle dite « <i>deep acting</i> » (jouer en profondeur) où le soignant essaie réellement de sentir l'émotion et les sentiments que l'on attend qu'il ressent ou qu'il désire afficher. Il doit faire l'effort d'évoquer des pensées, des images et des souvenirs pour induire une émotion.</p> <p>L'infirmière qui effectue le travail émotionnel est capable de gérer la réaction de son patient à la fois en le rassurant et en lui permettant d'exprimer ses émotions, ce qui influe directement sur son état psychologique, son bien-être physique et son rétablissement (Phillips, 1996).</p> <p>La littérature démontre clairement que les infirmières en psychiatrie travaillent dans un environnement élevé de stress (Humpel &amp; Caputi, 2001). La différence en psychiatrie par rapport aux autres domaines est que la nature des soins infirmiers nécessite une intense mobilisation interpersonnelle avec les patients surtout lors de soins de longue durée (Edwards et al., 2003). C'est ce stress élevé au travail qui conduit à l'épuisement professionnel (sentiments de dépression, d'impuissance et de désespoir) ce qui découle sur de l'absentéisme et un manque de personnel. Ce qui met en péril la capacité du professionnel de fournir des soins de qualité aux patients, et il y a donc un effet négatif non seulement pour l'organisation et le soignant mais aussi pour le patient. Les exigences émotionnelles du rôle infirmier sont clairement un facteur qui augmente le stress</p>

	<p>des infirmières puisque 27% d'entre elles ont déclaré que les exigences émotionnelles des patients étaient une source de niveau modéré à élevé de stress (Mc Grath et al., 2003).</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but est d'examiner la relation directe entre le stress et le travail émotionnel dans le secteur des soins infirmiers en santé mentale. Plus particulièrement, la mesure dans laquelle le travail émotionnel serait un facteur qui contribue au stress. En comblant cette lacune, les interventions de gestion du stress et des ressources pourront être adressées vers les exigences émotionnelles de l'emploi.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> Les hypothèses suivantes ont été déterminées : (1) en étudiant le lien direct entre le travail émotionnel et le stress (non seulement le stress quotidien mais aussi le stress dans l'interaction), l'auteur prédit que plus le travail émotionnel dans une interaction sera élevé, plus l'interaction aura tendance à être stressante. (2) Un taux élevé de l'utilisation de stratégie « de surface » et « de profondeur » est associé au travail émotionnel. Ces facteurs sont des moyens de réaliser le travail émotionnel. (3) Les interactions impliquant plus d'émotions intenses et étant de plus longue durée conduisent à des niveaux plus élevés de travail émotionnel et de stress. (4) Les interactions de plus longue durée impliquent une plus forte intensité des émotions.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> étude qualitative, exploratoire.</p> <p><b>Participants :</b> En 2003, trois unités de soins psychiatriques du nord-ouest de l'Angleterre ont été mandaté pour répondre à cette étude. En raison de la pénurie du personnel et d'une charge de travail élevée, seul 35 infirmières en santé mentale d'une unité de soins ont consenti à participer à l'étude, ce qui correspond à un taux de réponse de 29%.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Avant la recherche, l'université du comité d'éthique et l'institut national de la santé mentale ont donné leur accord.</p> <p>122 questionnaires ont été distribués et repartis entre les participants. Ceux-ci se composaient d'auto-évaluation et d'échelles. Les questionnaires mesuraient également la durée et le contenu des interactions soignant-soigné.</p> <p>L'intensité des émotions vécues pour chaque interaction avec le patient a été évaluée avec l'échelle du travail émotionnel (Brotheridge &amp; Lee, 1988). L'échelle de Likert a été ajoutée à la précédente pour évaluer les stratégies « de surface » et « de profondeur ». Ensuite, l'échelle de MERI (Mann, 1998), a été utilisée pour mesurer le niveau de travail émotionnel effectué au cours de chaque interaction avec le patient. Elle comportait 17 éléments touchant aux dimensions des règles d'expressions des émotions (authenticité, communication de nos ressentis au patient), à la suppression des émotions (cacher nos émotions face aux patients) ou à la dissonance émotionnelle (exprimer des émotions que l'on n'a pas ressentis mais qui sont appropriées dans l'interaction). L'inventaire de stress quotidien (DSI) ( Brantley &amp; Jones, 1989) a été utilisé pour évaluer les niveaux de stress plus généraux (problèmes interpersonnels, compétences personnelles, tracas de l'environnement, etc).</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Les scores globaux ont été additionnés pour le « stress quotidien », le « stress dans l'interaction », « l'intensité des interactions », la « variété des émotions », la stratégie « de surface », la stratégie « de</p>

	profondeur » et la « durée des interactions ». Ils seront ensuite divisés en trois groupes : haut, moyen, faible. Les données ont été analysées par des corrélations de Pearson et les techniques de régression multiple au sein de SPSS.
<b>Résultats</b>	<p><b>Relation positive entre le travail émotionnel et les autres variables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Score moyen obtenu : utilisation du travail émotionnel : 70,8/122</li> <li>➤ Le travail émotionnel est corrélé positivement au « stress durant l'interaction », au niveau de « stress quotidien », à « l'intensité de l'interaction », à la « variété des émotions » et aux « stratégies utilisées (surface/profondeur) ».</li> <li>➤ Cependant, après l'analyse régressive (<math>p \leq 0,0005</math>), les résultats démontrent que les trois variables les plus prédictives du travail émotionnel sont : « l'utilisation de la stratégie de surface » (25%), « l'intensité de l'interaction » (16%) et « le stress durant l'interaction » (12%).</li> </ul> <p><b>Intensité / durée de l'interaction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scores moyens obtenus : vécu d'intenses émotions durant l'interaction : 4.5/8, durée moyenne de l'interaction : 28 minutes.</li> <li>➤ Plus les émotions étaient intenses durant l'interaction, plus la variété d'émotions vécues était grande.</li> <li>➤ Souvent, plus l'interaction est longue, plus les émotions sont intenses.</li> <li>➤ Par contre, il n'y a pas de corrélation significative entre le travail émotionnel et la durée de l'interaction.</li> </ul> <p><b>Stratégie de surface / de profondeur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scores moyens obtenus : utilisation stratégie de surface : 4,7/8, utilisation stratégie de profondeur : 7.9/13</li> <li>➤ La stratégie de surface demande plus de travail émotionnel que les stratégies de profondeur.</li> <li>➤ Plus l'interaction est stressante, plus les participants utilisent la stratégie de surface comme échappatoire.</li> </ul> <p><b>Degré de stress perçu dans l'interaction et de stress quotidien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scores moyens obtenus: vécu du stress durant l'interaction : 3,6/8, inventaire du stress quotidien : 2,38/4.5</li> <li>➤ Les participants qui ont déclaré ressentir un taux élevé de stress durant l'interaction ont également un taux élevé de travail émotionnel.</li> <li>➤ Ils déclarent également qu'un niveau élevé de stress quotidien augmente le taux de travail émotionnel.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>Comme le démontrent les résultats, le travail émotionnel est une caractéristique importante des interactions quotidiennes des infirmières en psychiatrie. Comparé à d'autres études, le niveau de travail émotionnel « moyen » est considérablement plus élevé chez les infirmières que chez d'autres professionnels comme les employés de bureau. Ce qui est inquiétant car cet aspect chronique du travail émotionnel pourrait engendrer des effets néfastes sur la santé des infirmières.</p> <p>La relation observée entre le travail émotionnel et les différentes variables ne nous dit cependant pas tout sur le sens de la</p>

	<p>causalité. On peut dire que le travail émotionnel est une source de stress (Mann, ibid.) mais l'on peut également exprimer l'inverse, que le stress mène à des niveaux accrus de travail émotionnel. Il se pourrait que les infirmières subissent du stress à partir d'autres sources et qui ont de ce fait, plus de difficulté à contrôler et gérer leurs émotions car elles sont stressées, inquiètes ou anxieuses et ces émotions ne correspondent pas à celles attendues par leurs patients.</p> <p>L'intensité de l'interaction est un facteur sérieux dans cette étude puisque c'est l'un des prédicteurs majeurs de travail émotionnel contrairement à la durée de l'interaction qui n'a pas de lien avec le travail émotionnel. Cependant, ces deux facteurs (intensité/durée) sont eux-mêmes en lien et comme le mentionnait l'hypothèse (4) de départ, les interactions de plus longue durée impliquent une plus forte intensité des émotions.</p> <p>Concernant les stratégies de surface et de profondeur, les conclusions de l'étude sont en accord avec les précédentes. Lors d'interaction, les infirmières ont entrepris des stratégies pour accomplir leur travail émotionnel, 84% ont utilisé la stratégie de profondeur (niveau moyen ou élevé) et 74% la stratégie de surface (niveau moyen ou élevé). Les résultats montrent que les deux techniques peuvent être entreprises dans toute interaction seule et que ce n'est pas une question de choix ou de situation. Cependant, la stratégie de surface est un prédicteur plus important de travail émotionnel (25%). En effet, le fait d'être inauthentique et d'être détaché de ses propres sentiments et de son identité implique un niveau plus élevé d'épuisement émotionnel et professionnel (Lee, 2003 &amp; Brotheridge, p.375). Dans cette profession, il est probable que l'inauthenticité soit considérée comme incompatible avec les valeurs de l'infirmière et le fait d'être une « bonne infirmière ».</p> <p><b>Perspectives/implication :</b> Les conséquences de cette étude sont surtout importantes pour les infirmières, l'éducation et la politique. Plusieurs éléments devraient être reconnus par les dirigeants : prioriser la formation des compétences pour effectuer un travail émotionnel et explorer les moyens actifs pour réduire au minimum les effets chroniques du travail émotionnel. Comme l'étude démontre que le travail émotionnel et le stress sont liés et que la stratégie « de surface » est le facteur le plus important du travail émotionnel, il serait nécessaire de réduire la stratégie « de surface » et d'utiliser d'avantage la stratégie « de profondeur ». Ceci pourrait amener à une meilleure gestion des conséquences potentiellement négatives en termes de stress. Ces implications exigent, pour l'éducation, que les infirmières soient formées à la prise de conscience de stratégies utilisées pour effectuer la routine du travail cognitif.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) C'est une étude exploratoire. (2) Le faible taux de réponse (29%) et la concentration géographique empêchent la propagation des résultats. En lien avec cela, (3) les questionnaires étaient relativement longs et cela repousse le désir de répondre à cette étude.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Cette étude met en évidence les variables liées au travail émotionnel et au stress. Il semble que la modification de la formation des infirmières et le soutien des dirigeants soient essentiels pour la faisabilité de ce projet et la réduction de stress et de travail émotionnel dans le personnel infirmier en psychiatrie.</p> <p>Cet article traite bien du vécu du personnel infirmier en psychiatrie mais ne s'intéresse pas particulièrement aux soins</p>



	chroniques et au long cours. Par contre, il met en évidence les sources de stress des infirmières en lien avec le travail émotionnel et donc des sources d'épuisement émotionnel et professionnel.
--	--

	<b>Critique méthodologique :</b> Les résultats de cette étude étaient clairs et la méthodologie respectait les critères requis mis à part, peut-être, le taux de participants qui aurait pu être plus conséquent.
--	---

**Recherche 8 : « Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness : A psychodynamic observation study of long-stay psychiatric ward »**

Goodwin, A-M & Gore, V. (2000). Managing the stresses of nursing people with severe and enduring mental illness : A psychodynamic observation study of a long-stay psychiatric ward. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 311-325.

<b>Résumé</b>	<p>Cette étude met en évidence les interactions entre les infirmières et les patients dans un service s'occupant de maladie mentale grave et durable. Elle démontre le comportement de protection qu'adoptent les infirmières face à ce type de patient et des angoisses que ceux-ci peuvent générer.</p> <p><b>Mots-clés</b> : burnout, analyse de contenu, les soins de santé mentale communautaire, la satisfaction au travail, professionnels de la santé mentale, le moral du personnel.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème</b> : Les soins hospitaliers font partie de la gamme de services pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale graves et durables. La qualité des soins est influencée par une série de facteurs, y compris le moral du personnel (CSAG, 1995). Un modèle qui explore les contraintes, les mécanismes d'adaptation du personnel infirmier ainsi que leurs effets et problèmes sur le patient a été mis en évidence dans les travaux de Menzies Isabel en 1959. Celle-ci démontre comment les structures organisationnelles fonctionnent pour empêcher les angoisses écrasantes que pourraient ressentir les soignants et comment elles empêchent les émotions fortes générées par un contact étroit avec la maladie mentale et la mort d'atteindre la conscience. Pour elle, les infirmières effectuaient des tâches qui étaient dures, effrayantes ou de mauvais goût. Ces tâches ont le potentiel d'évoquer des émotions fortes telles la pitié, la compassion, l'amour, la culpabilité, la haine et l'envie.</p> <p>Ces sentiments peuvent être évités par l'adoption de comportements défensifs qui détermineront la structure sociale du lieu de travail. Ce modèle de « défense sociale » facilite l'évasion de l'anxiété à court terme mais ne contribue guère à sa véritable réduction à long terme et ne va pas non plus, dans le sens de soigner la personne malade.</p> <p>Parmi toute la littérature, une seule étude utilise l'analyse psychodynamique de l'organisation de la prise en charge de personnes souffrant de problèmes de santé mentale graves et durables. Il s'agit de l'étude de Donati (1989). Cette auteure a observé trois types de comportements défensifs : (1) les relations stéréotypées et dépersonnalisées, (2) le rejet du sentiment de désespoir du patient et le rejet de la dépression face aux sentiments d'échec et (3) l'inhibition de tout signe de participation, d'excitation émotionnelle spontanée ou d'attente envers le patient. Le système défensif social semblait donc exister afin de protéger le personnel contre l'anxiété par rapport à leur peur de vivre en permanence l'impuissance et la perte de compétences professionnelles. Des stratégies et méthodes de gestion de ces angoisses ne peuvent être possibles que si</p>

	<p>elles sont conscientes et pensées.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Pour reproduire l'étude de Donati, les auteurs vont, par la méthode d'observation, démontrer si le modèle social de défense utilisé par Menzies (1959) peut également contribuer à expliquer la culture des soins infirmiers de réadaptation en santé mentale dans les services actuels. Elle va donc se concentrer sur les activités observées et les moyens de défenses qui ne vont pas dans le sens du rôle infirmier en réadaptation psychiatrique.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> Travailler avec des personnes ayant une maladie mentale grave et durable peut engendrer des contraintes et des angoisses inconscientes pour le personnel et cela peut diminuer la qualité des soins dispensés.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> Devis qualitatif par observation.</p> <p><b>Participants :</b> 8 membres du personnel (1 ICUS, 1 ICUS-adjoint, 4 infirmières et 2 aides) et 14 résidents (entre 44 et 81 ans, ayant passé entre 7 et 40 ans à l'hôpital, la moitié ayant un diagnostic de schizophrénie, le reste ayant soit des troubles bipolaires, des troubles de la personnalité, des troubles anxieux ou une dépression) ont été observés. Des étudiants ainsi que d'autres membres du personnel (médecins généralistes, psychiatre, ergothérapeute, infirmières d'autres services) ont également été observés. L'observation s'est déroulée dans un service de long séjour psychiatrique, plus précisément dans le salon du service, durant 9 mois, à raison d'une heure à la fois, 24 fois durant.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> L'observateur, un psychologue clinicien expérimenté dans la réadaptation psychiatrique, connaissait déjà la plupart du personnel infirmier et environ la moitié des patients. Il s'est installé dans le fond de la salle et n'avait pas de rôle actif, comme le veut la procédure de Donati (1989). Il s'agissait d'observer plutôt que d'agir, d'assister aux phénomènes de transfert et contre-transfert, aux questionnements de l'ordinaire et surtout de ne pas avoir la notion du reste (diagnostic des patients, problèmes actuels, avis des professionnels, etc.). L'observateur était donc neutre.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Après chaque observation, un processus a été mis en place afin d'écrire toutes les notes et de discuter en groupe de supervision pour identifier les aspects de l'expérience émotionnelle de l'observateur qui étaient des projections du système social. Ensuite, les thèmes les plus fréquents qui ont caractérisé les interactions sociales ont été identifiés. Une attention particulière a été accordée aux thèmes qui étaient incompatibles avec le rôle des soins infirmiers en réadaptation. Ils ont donc été interprétés en terme de modèle de défense sociale. Après l'achèvement de ce projet d'observation, un dialogue avec le personnel soignant et la réexamination des résultats par ceux-ci a contribué à l'authenticité et la fiabilité de cette étude.</p>

<b>Résultats</b>	<p>Les observations ont démontré une gamme d'activités qui pourraient être attendus du rôle infirmier en réadaptation psychiatrique. En effet, les infirmières sont respectueuses et authentiques et elles ont encouragé les patients à développer leurs compétences fonctionnelles et sociales. Pourtant, pour chacune de ses activités, son contraire est bien présent. Tout en essayant de réhabiliter les patients, le personnel luttait contre lui-même. Les résultats ci-dessous démontrent ces défenses utilisées par le personnel soignant (manque d'activités, éviter le contact, faire abstraction des patients, dénigrer leur travail, éviter ses propres émotions, etc.).</p> <p><b>Distanciation sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le personnel infirmier préfère s'engager dans des activités avec les autres membres du personnel plutôt qu'avec les patients, ceci ce remarque fréquemment avec les infirmières s'occupant de patients schizophrènes chroniques.</li> <li>➤ Le temps de contact avec les patients est réduit par l'importance des tâches administratives.</li> <li>➤ L'intimité et l'individualité ne sont pas vraiment respectées dans le service. Par exemple, certaines infirmières soulevaient des questions personnelles dans un lieu public.</li> <li>➤ Ceci servirait à neutraliser la signification et l'importance des affaires dont certains patients on fait l'objet et à nier l'impact émotionnel de la responsabilité du personnel pour des aspects très intimes de la vie des résidents.</li> </ul> <p><b>Détachement émotionnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plusieurs soignants culpabilisaient au sujet de la pauvreté de la vie de certains patients par rapport à la leur.</li> <li>➤ Les sentiments difficiles au sujet de la dépendance et de la sexualité des patients pourraient être évités par des plaisanteries.</li> <li>➤ Les infirmières étaient dans le déni par rapport à leurs sentiments d'agressivité et ceci se traduisait par un comportement stoïque, mutique.</li> <li>➤ Il y a un faible niveau de plaintes du personnel sur les difficultés d'être avec les résidents.</li> <li>➤ Les infirmières psychiatriques nient les sentiments d'anxiété, la dépression et l'hostilité associée au rôle de soignant.</li> </ul> <p><b>Réduction de la stimulation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le temps est tué par la télévision, les jeux de société, la conversation au sujet du temps et les silences plutôt que par quelque chose de productif.</li> </ul> <p><b>Inquiétudes sous-jacentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le travail des infirmières avec des personnes atteintes d'une maladie mentale sévère et persistante exige de s'engager dans des activités qui seraient considérées comme anormales et menaçantes dans d'autres contextes.</li> <li>➤ Ces activités ont le potentiel d'évoquer une forte menace pour les sentiments de l'infirmière et cela nécessite la</li> </ul>
------------------	---

	<p>mobilisation de moyens de défense pour réussir à exercer sa fonction.</p> <p><b>Perturbations mentale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La société impose de grandes exigences envers les infirmières en santé mentale en demandant qu'elles soient proches des gens que les autres évitent. Elles doivent partager une certaine angoisse de la société au sujet de la « folie ».</li> <li>➤ L'empathie avec les personnes atteintes de psychose peut être très difficile (Lucas, 1993).</li> <li>➤ Les soignants sont anxieux par rapport à la peur de devenir fou, à la peur de perdre le contrôle ou de subir de violentes attaques. Ils utilisent le maintien de la distance sociale, d'un atmosphère calme et le contrôle de l'environnement comme défense sociale.</li> <li>➤ Les patients ne se sont pas comportés « follement » durant l'étude, pour la plupart du temps. Cependant, les troubles mentaux sont la raison de leur présence dans ce service. Les infirmières n'ont pas évité le contact avec les patients mais avec leur état mental.</li> </ul> <p><b>Personnes handicapées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En reconnaissant pleinement les besoins de dépendance des patients et le danger que leur non prise en charge puisse comporter, cela peut nous rapporter à notre propre dépendance.</li> <li>➤ Les soignants sont anxieux et inquiets par rapport à la responsabilité, au fardeau, ils ont peur de devenir dépendant, vulnérable ou hostile envers le patient. Ils utilisent la plaisanterie, les jeux, l'inversion des rôles, la prise de décision partagée, le déni de leurs propres sentiments comme défense sociale.</li> <li>➤ Certaines infirmières peuvent être jalouses, envier la dépendance des patients et des soins qu'ils reçoivent. Ceci est dangereux car cela peut amener à des comportements hostiles, de la haine et des abus de pouvoir. De telles pensées doivent être gardées hors de l'esprit, ce qui entraîne la négation des sentiments (dartington, 1994).</li> </ul> <p><b>La chronicité des problèmes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les infirmières, face à des patients chroniques, doivent faire au mieux malgré leurs attentes et leurs espoirs.</li> <li>➤ Tous les jours, les infirmières pourraient être anxieuses par rapport à l'échec, à l'impuissance, à la frustration, à la déception et au désespoir qu'elles ne peuvent pas arranger les choses. Il n'est pas étonnant de voir les infirmières avec la nécessité de se tenir occupé sans rien changé, puisque cela ne changera pas.</li> <li>➤ Pour contrer ces inquiétudes, elles utilisent l'atmosphère calme, l'intérêt pour un nouveau patient, l'utilisation du cynisme, des activités non-dirigées et un équilibre entre espoir et réalité comme défense sociale.</li> <li>➤ Il est difficile, en tant que soignant, lorsqu'on travaille avec des personnes ayant des difficultés chroniques, de faire face au « refus » d'obtenir une meilleure vie et de ne pas être gratifié pour le travail effectué (Dartington, 1994).</li> </ul>
<b>Discussion</b>	Malgré des différences de méthodologie, les structures observées dans cette étude sont pour une bonne partie, semblable aux

	<p>thèmes trouvés par Menzies dans un hôpital général en 1959. Dans les deux études, les résultats sur le détachement, la distance sociale et le déni des sentiments étaient semblables.</p> <p>Dans l'étude de Donati (1989), le personnel se plaint plus ouvertement des patients et de leurs propres ennuis mais ont, comme la présente étude, de la difficulté à exprimer directement leurs sentiments sur leur travail.</p> <p>Les observations ont suscité peu de preuves quant à la satisfaction au travail des infirmières et le dénigrement de leur rôle. Cronin-Stubbs et Brophy (1985) constatent un niveau élevé d'épuisement professionnel associé à un pauvre temps de contact direct avec le patient. Dans cette étude, les infirmières sont privées de leur satisfaction professionnelle à causes des angoisses générées par ce type de patient. Le déni des sentiments négatifs empêchent également le personnel d'utiliser l'autre comme une source de soutien social. Whittington et Wykes (1992) soulignent que reconnaître les sentiments douloureux est une étape cruciale vers l'identification des stratégies collectives pour réduire l'anxiété en milieu de travail. Le soutien social et le partage de ses sentiments avec les autres sont susceptibles d'être des stratégies particulièrement efficaces.</p> <p>Concernant l'utilisation des moyens de défense adaptative, le personnel doit être sélectif dans leur utilisation et n'employer que ceux qui aident à travailler avec le patient. Par exemple, utiliser des activités telles la télévision et les jeux de société peut aider à tolérer d'être avec le patient et peut être une stratégie pour avoir une distance sociale adaptée. S'engager consciemment et explicitement dans cette stratégie pourrait la rendre plus efficace tant pour le patient que pour le soignant.</p> <p><b>Conclusion :</b> Utiliser les moyens de défense sociale dans un service de réadaptation a été interprété comme limitant l'engagement émotionnel du personnel infirmier dans son rôle. Ces structures défensives permettent de tolérer d'être en contact avec des personnes atteintes de maladie mentale sévère et persistantes sans être submergé par l'anxiété. Cependant, le système n'était pas satisfait parce que cela privait le personnel d'un sentiment de maîtrise de ses angoisses et de sa réussite dans son travail. Comme cité ci-dessus, il y a d'autres stratégies pour faire face aux angoisses, qui peuvent être plus gratifiant pour le personnel et plus bénéfique pour les patients.</p> <p><b>Perspectives :</b> Les moyens de défenses trouvés ici sont transférables aux services similaires s'occupant de personnes ayant des problèmes mentaux graves et durables. Des travaux sont en cours pour développer une méthodologie combinant l'observation et la réflexion des participants sur leurs actions.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> La valeur de cette étude dépend de la fiabilité et la validité des observations originales, de l'adéquation du modèle social de la défense et de ses implications pour la prestation des soins de qualité. (1) Il est possible que ce qui a été observé durant une heure par semaine ne soit pas représentatif du comportement général des infirmières. (2) Au début de l'étude, les infirmières ont reconnu éviter le salon pour éviter d'être observé. Cependant, cela s'est amélioré avec le temps. (3) L'observateur peut perturber le fonctionnement habituel des patients et des infirmières malgré sa passivité.</p>
<b>Propre questionnement</b>	<p>Utiliser des moyens de défenses pour se protéger soi-même de l'autre paraît primordial pour soigner ce type de patients dans la durée. Cependant, il ne faut pas se laisser envahir par les contres-attitudes mais retenir les moyens de défenses qui sont</p>

<b>et conclusion</b>	<p>bénéfiques pour nous et pour le patient. Dans ce contexte, être conscient de nos sentiments, de nos ressentis paraît la stratégie la plus importante pour pouvoir être satisfait dans son travail.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> L'observation paraît subjective au premier abord. Cependant l'intermédiaire du groupe de supervision a réduit le risque de biais. Il aurait fallu reproduire l'observation à plusieurs services similaires. Dans cet article, les thèmes (introduction, population, résultats, etc.) ne sont pas explicites, ils sont induits dans le texte.</p>
----------------------	--

**Recherche 9 : « Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health : A partial least squares path modeling approach »**

Roche, M., Duffield, C. & White, E. (2011). Factors in the practice environment of nurses working in inpatient mental health: A partial least squares path modeling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 1475-1486.

<b>Résumé</b>	<p>Cette étude met en évidence les facteurs environnementaux et individuels lié à la capacité et la volonté des infirmières à s'engager dans une relation thérapeutique.</p> <p><b>Mots-clés</b> : infirmière en hôpital, soins infirmiers en santé mentale, milieu de pratique, relations thérapeutiques, méthode d'analyse PLS-PM (Partial least squares path modeling).</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème</b> : La relation thérapeutique est un aspect central de la profession infirmière, surtout dans les soins aux personnes atteintes de maladie mentale [(Barker et al., 1999) et (Peplau, 1992-1997-1989)]. L'importance de cette relation découle de son association avec les soins aux patients et l'amélioration des résultats pour le patient. Bien que la majorité des études ont mis l'accent sur les soins infirmiers médicaux et chirurgicaux, certaines ont examiné les paramètres de santé mentale et identifié les influences potentielles sur l'épuisement professionnel infirmier et sur l'agressivité des patients (Hanrahan et al., 2010). En outre, certaines études ont suggéré un lien entre l'environnement de la pratique infirmière en santé mentale et la relation thérapeutique [(Bowers et al., 2010) et (Brennan et al., 2006)].</p> <p>Concernant la recension des écrits sur le sujet, plusieurs éléments ont déjà été mis en évidence : (1) un environnement de pratique favorable est lié à la satisfaction du travail des infirmières, à la rétention du personnel et à des résultats positifs pour les patients. (2) Certains aspects de l'environnement de la pratique peuvent entraver ou favoriser le développement de la relation thérapeutique. (3) Il y a relativement peu de recherches quantitatives publiées examinant les facteurs environnementaux qui influent sur la capacité des infirmières à s'engager efficacement dans la relation thérapeutique, en particulier dans un contexte de santé mentale.</p> <p>La présente étude se base sur le modèle de l'engagement thérapeutique élaboré par Angus et al. (2001) et Lauder et al. (2000). Rogers (1957) déclare que le travail de base des professionnels de la santé est centré sur le patient et donc sur l'authenticité, la confiance et le respect. L'engagement dans une relation thérapeutique est majoritairement influencé par trois éléments fondamentaux : le soutien thérapeutique (savoir ou chercher du soutien, amis/collègues/supervision...), l'engagement thérapeutique (vouloir travailler avec des patients ayant des problèmes de santé mentale) et l'importance des compétences (connaissances et compétences suffisantes).</p> <p>D'autres facteurs ont été ajoutés aux trois facteurs de base cités ci-dessus. Ces facteurs supplémentaires ont été identifiés</p>



	<p>comme des influences possibles sur la volonté de l'infirmière et sur sa capacité à s'engager dans une relation thérapeutique. Ils ont été considérés comme influents à travers le soutien qu'ils apportent à l'infirmière dans son rôle, par leurs effets sur la croyance de l'infirmière qu'elle exerce légitimement son rôle, à travers ses compétences et ses connaissances, ou directement sur son engagement thérapeutique. Il s'agit de la qualification des infirmières, de leurs expériences, de la supervision clinique, du soutien de la hiérarchie, de la possibilité pour les infirmières de participer aux affaires de l'hôpital, du fondement de soins infirmiers pour la qualité des soins, de l'entente entre collègues, du niveau de dotation, de la gamme des compétences, du nombre de patients et de la volonté des patients à s'engager dans la relation.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but de cette étude est d'explorer le modèle de l'engagement thérapeutique qui décrit les facteurs liés à la capacité et la volonté des infirmières à s'impliquer dans une relation thérapeutique, ceci afin de déterminer les facteurs environnementaux et individuels clés qui ont un impact important sur cet engagement.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> L'hypothèse émise dans cette recherche est que l'engagement thérapeutique des infirmières sera influencé par leurs expériences, leurs compétences, leurs connaissances et la légitimité perçue de leur rôle. Les facteurs tels la participation aux affaires de l'hôpital, les relations collégiales entre collègues, les fondements de la qualité des soins, la supervision clinique, la dotation en personnel et la volonté du patient sont suggérés d'être associé à l'engagement thérapeutique, que ce soit directement ou par le biais du soutien thérapeutique ou dans l'importance des compétences.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> étude quantitative, transversale.</p> <p><b>Participants :</b> Les données ont été recueillies dans 6 unités de 5 hôpitaux psychiatriques publics en Australie, ceci entre 2005 et 2006. Sur les 149 infirmières invitées à participer à l'étude, 76 ont répondu à l'enquête, ce qui équivaut à un taux de réponse de 51%.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> C'est à l'aide d'une enquête infirmière que les données ont été recueillies. Les auteurs ont choisi d'utiliser l'échelle du milieu de pratique de l'indice de travail en soins infirmiers (NWI-PSE ; lac, 2002), le questionnaire de santé mentale perception des problèmes (MHPPQ ; Lauder et al, 2000) et le profil des services (Duffield et al., sous presse).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NPWI-PSE : mesure la relation entre collègues, le leadership, l'autonomie des infirmières, le soutien thérapeutique, les fondements de soins infirmiers de qualité des soins, la participation des infirmières aux affaires de l'hôpital, la dotation en personnel et l'adéquation des ressources, etc.</li> <li>- MHPPQ : mesure le soutien thérapeutique, l'engagement thérapeutique et l'importance des compétences.</li> <li>- Profil Ward (service) : mesure le nombre de patients (admissions, transferts, exclusions), le nombre de patients volontaires et involontaires, le nombre d'infirmières, d'infirmières-assistantes et d'aides, la palette de compétences</li> </ul>

	<p>dans l'unité et la dotation en personnel.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS version 16 ( SPSS Inc, 2007) et la version smartPLS 2 (Ringle et al., 2005). Les statistiques descriptives ont d'abord été calculées, les distributions étudiées et les données des infirmières enregistrées. Le modèle final a fourni des estimations de la force et la signification statistique des relations entre les concepts. La validité (<math>p \leq 0,05</math>), la fiabilité (alpha de Cronbach <math>\geq 0,7</math>) et la pertinence (<math>Q_2 \leq 0</math>) ont été respectées.</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Profil des infirmières et des services</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Profil des infirmières : femmes (68,4%), infirmières (89.5%), temps pleins (72,4%), âge moyen (36,3ans), années d'expérience en santé mentale (8,2 ans). Ces résultats sont similaires aux données nationales à part l'âge moyen (44,3 ans). 26 infirmières (34,2%) n'avaient pas de qualifications en matière de santé mentale</li> <li>➤ Profil des services : entre 9 et 30 lits, les infirmières diplômées constituaient la majorité de la population active sur la plupart des jours de service avec un minimum de 35% sur une journée, la majorité des patients ont été admis involontairement (moyenne = 55,4%). Ce chiffre est plus élevé que le chiffre rapporté à l'échelle nationale.</li> <li>➤ Les caractéristiques individuelles des patients n'ont pas été recueillies</li> </ul> <p><b>L'échelle de l'environnement de pratique de l'indice du travail en soins infirmiers (NWI-PES)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explication échelle : plus les scores sont hauts, plus les facteurs énoncés sont présents.</li> <li>➤ Entente entre collègues (3,1/4), capacité d'autonomie de l'infirmière, de leadership et de soutien (2,7/4), dotation en personnel et adéquation des ressources (2,6/4), participation des infirmières aux affaires de l'hôpital (2,5/4), fondation des soins infirmiers pour la qualité des soins (2,6/4).</li> <li>➤ Les comparaisons avec les études antérieures sont énoncées dans la discussion.</li> </ul> <p><b>Résultats final avec le PLS-ME, tiré du MHPPQ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <u>Importance des compétences</u> (<math>R^2 = 0,40</math> <math>Q^2 = 0,23</math>) : le soutien (11,7%) a été la plus forte influence sur l'envie d'avoir et d'atteindre des compétences qui permettent un prise en charge de qualité et une implication dans la relation, suivi de près par l'expérience des infirmières en santé mentale (11,1%). La participation de l'infirmière dans les affaires de l'hôpital et le leadership y contribuent également mais à petites proportions.</li> <li>➤ <u>Soutien thérapeutique</u> (<math>R^2 = 0,40</math> <math>Q^2 = 0,23</math>) : La plus grande contribution de soutien vient des fondations de soins infirmiers de qualité des soins (31,2%), suivie par le dosage des compétences et la supervision clinique.</li> <li>➤ <u>L'engagement thérapeutique</u> (<math>R^2 = 0,55</math> <math>Q^2 = 0,23</math>): C'est la variable la plus importante et dépendante du modèle. L'engagement a été associé à l'importance des compétences (45,2%) et au soutien thérapeutique (9,3%).</li> <li>➤ Certains facteurs spécifiés dans le modèle initial ne répondaient pas aux critères et ont été exclus.</li> </ul>

<b>Discussion</b>	<p>Cette étude suggère que des facteurs individuels et environnementaux de la pratique ont une incidence sur la capacité des infirmières et la volonté de s'engager dans la relation thérapeutique. Cette implication dans la relation soignant-soigné reste un aspect critique du rôle de l'infirmière en santé mentale. Plusieurs facteurs énoncés comme supplémentaires au début de l'étude ont été mis en lien avec les 3 facteurs principaux (engagement thérapeutique, l'importance des compétences, le soutien thérapeutique). En conformité avec les objectifs initiaux, les facteurs dans le milieu de pratique ont été trouvés à être liés à l'engagement thérapeutique. Cependant, le modèle final a été sensiblement réduit et n'a gardé que les facteurs significativement importants, les liens entre eux, et leur influence sur l'engagement thérapeutique.</p> <p>On peut soulever que la supervision clinique n'a pas été associée à l'importance des compétences et était seulement une influence mineure sur le soutien. Ceci suggère que la supervision clinique a été considérée comme une activité modérée de soutien plutôt que celui qui développe les compétences et les connaissances, comme dans le modèle de Proctor (1986).</p> <p>Il est aussi à relever que la participation des infirmières aux affaires de l'hôpital a été considérée comme améliorant les compétences plutôt que comme un soutien. De plus le score moyen était plus élevé que dans les études antérieures, ce qui suggère qu'il y avait déjà un degré raisonnable de la participation au niveau de l'hôpital, en particulier en ce qui concerne les activités liées aux compétences tel le développement de carrière.</p> <p>La dotation n'était pas un facteur significatif, suggérant qu'il était adéquat. De même, l'entente entre collègues était bonne et n'a donc pas été corrélée avec le soutien thérapeutique. Ce peut être une conséquence de l'ensemble de bonnes relations, tel que rapporté dans certains établissements de santé mentale (Gaskin et al., 2007).</p> <p>Les qualifications des infirmières, le nombre de patients (admissions, transferts, exclusions) et la proportion de patients volontaires n'ont pas été retenus.</p> <p><b>Perspectives :</b> Il serait judicieux, après avoir mis en évidence les facteurs qui influencent l'engagement thérapeutique, d'identifier dans quelles mesures ces facteurs influencent le travail des infirmières. Des approches ciblées à l'appui en milieu de travail, le développement et la formation continue des infirmières en santé mentale peuvent améliorer l'environnement, avec d'éventuels résultats positifs pour les infirmières et les patients. Un examen plus approfondi de l'influence des facteurs et de leurs relations est justifié.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) la taille de l'échantillon est la principale limitation, elle peut expliquer l'exclusion de certains facteurs initiaux. La taille de l'échantillon ne permet pas l'examen des données de clustering grâce à des modèles de segmentation ou de remplacement (Esposito-Vinzi et al., 2008). (2) Pour respecter rigoureusement la fiabilité et la validité de cette étude, les facteurs dont les scores étaient plus bas que l'alpha de Cronbach idéal ont été exclus.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Je pense, personnellement, qu'il manque des éléments importants dans cette étude. Malgré la mise en évidence de l'importance de la relation thérapeutique en santé mentale, cette étude semble avoir identifié des facteurs qui sont similaires dans les soins somatiques et psychiatriques et non des facteurs spécifiques à la psychiatrie. En effet, les facteurs</p>

	<p>environnementaux énoncés ici sont notamment la dotation en personnel, l'importance des compétences, l'expérience, la qualification, l'entente entre collègues, etc. En bref, des facteurs transférables en soins somatiques comme psychiatriques. Il aurait été pour ma part avisé d'inclure les facteurs individuels liés aux patients comme les pathologies, le nombre et le temps d'hospitalisations et leur vécu de la relation thérapeutique, par exemple.</p>
--	--

	<p><b>Critique méthodologique :</b> Les critères méthodologiques sont respectés de manière rigoureuse.</p>
--	--

### Recherche 10 : « *The Relationship Between Case Manager Expectations and Outcomes of Persons Diagnosed with Schizophrenia* »

O'Connell, M.-J. & Stein, C.-H. (2011). The Relationship Between Case Manager Expectations and Outcomes of Persons Diagnosed with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 47, 424-435.

<b>Résumé</b>	<p>Cette étude met en évidence la relation entre les attentes des gestionnaires de cas (soignants) et les effets de ces attentes sur le patient avec un diagnostic de schizophrénie.</p> <p><b>Mots-clés</b> : les effets de l'espoir, gestion de cas, schizophrénie, résultats pour les patients, emploi.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème</b> : Pour Davidson (2005), avoir un sentiment d'espoir et des attentes positives pour l'avenir est considéré comme essentiel dans le processus de guérison d'une maladie psychiatrique. Malgré l'émergence de modèles plus axés sur le rétablissement, de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiatriques décrivent leurs interactions avec les soignants comme négatives, désespérantes et avec une anticipation pessimiste. De telles croyances de la part du soignant peuvent avoir des conséquences néfastes sur le patient (Rosenthal, 2002).</p> <p>Le gestionnaire de cas est souvent la principale source de soutien pour les personnes souffrant de graves et persistants troubles psychiatriques (Crane-Ross et al., 2000 ; Ridgely &amp; coll, 1996). Les recherches effectuées sur l'efficacité de la gestion de cas restent pourtant contradictoires. Peut-être que la recherche devrait moins s'intéresser à l'activité mais plutôt aux caractéristiques personnelles des gestionnaires de cas eux-mêmes.</p> <p>Il est vrai que l'on ne sait que très peu de choses sur l'impact que les caractéristiques individuelles des gestionnaires de cas peuvent avoir sur les patients de santé mentale. Une des rares études sur le sujet avec des patients atteints de schizophrénie a constaté que les résultats sur les patients sont considérablement influencés par les croyances et les attentes des gestionnaires de cas (Ryan et al, 1994). D'autres études ont été menées sur le niveau (faible ou élevé) des attentes des gestionnaires de cas envers les patients. Les attentes élevées étaient significativement plus efficaces pour augmenter le niveau de fonctionnement, l'activité et la qualité de vie par rapport aux faibles attentes (Lamb &amp; Goertzel, 1972).</p> <p>Plus tard, d'autres facteurs ont été mis en lien avec cette relation comme l'épuisement du personnel, les attitudes individuelles au sujet de la maladie, la stigmatisation mentale et les attentes et l'espoir de rétablissement de la part des soignants.</p> <p>En dépit de ces vastes recherches sur les attitudes des professionnels de la santé mentale, les études traitant des deux variables (soignant-soigné) sont limitées. L'étude de cette dyade est donc cruciale pour la santé mentale.</p> <p><b>Question de recherche</b>: Le but est d'examiner la relation entre les attentes des gestionnaires de cas sur les capacités des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie, les attitudes envers les personnes atteintes de maladie mentale, l'épuisement professionnel et les conséquences de la prise en charge de patients schizophrènes sur la charge de travail.</p>

	<p><b>Idées et concepts centraux, théories, hypothèses :</b> Quatre hypothèses ont été émises par les auteurs : (1) Les gestionnaires de cas ayant des attentes plus élevées s'engagent dans des activités très différentes avec leurs patients par rapport aux gestionnaires de cas ayant des attentes moins élevées. (2) Les patients des gestionnaires de cas ayant des attentes plus élevées présentent des résultats plus positifs que les autres patients. (3) Les attentes des gestionnaires de cas seraient un facteur prédictif significatif de la vie du patient et de sa poursuite dans la recherche d'un emploi. (4) Les attentes des gestionnaires de cas seraient des meilleurs prédicteurs des résultats sur la façon de vivre et sur l'emploi que l'épuisement professionnel et les opinions sur la maladie mentale.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> étude qualitative.</p> <p><b>Participants :</b> 32 gestionnaires de cas (24 femmes, âge moyen de 36,48 ans, 17 étaient mariés, le nombre moyen de patients par gestionnaire de cas est de 30,53, expérience moyenne dans cet emploi est de 9 ans) et 97 patients atteints de schizophrénie (56 hommes, âge moyen de 46,37 ans, 84 n'étaient pas mariés, l'âge d'apparition de la maladie est de 28 ans, ils sont en moyenne dans le système de santé mentale depuis 17,66 ans et côtoyaient un gestionnaire de cas depuis 7,8 ans en moyenne).</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Il s'agit d'une deuxième phase de recherche d'une précédente étude effectuée par O'Connell (2000). Tous les gestionnaires de cas et les patients ont donné leur consentement éclairé et l'étude a été approuvée par la Commission de révision des sujets humains à l'Université de Bowling Green State.</p> <p>Pour cette étude, cinq instruments de mesures ont été utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'inventaire de l'espérance des gestionnaires de cas (CMEI) qui évalue les attentes des gestionnaires de cas concernant des patients souffrants de schizophrénie et surtout les attentes par rapport aux tâches « normales » attendues d'un adulte. Les scores plus élevés indiquent des attentes plus positives.</li> <li>- L'échelle d'opinion sur la maladie mentale (OMI) évalue les attitudes positives et négatives au sujet de la maladie mentale grave.</li> <li>- Maslach Burnout Inventory (MBI) évalue l'épuisement professionnel chez les personnes travaillant dans les professions d'aide. Il est divisé en trois sous-échelles : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel.</li> <li>- Le test d'orientation de la vie ou l'optimisme dispositionnel mesure les attentes générales d'une personne sur les résultats de la vie.</li> <li>- L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (RSE) mesure l'estime de soi globale.</li> </ul> <p>D'autres informations comme la démographie des patients, les variables du service et les variables du fonctionnement du patient ont également été recueillies. Des informations sur les objectifs et progrès réalisés ont également été recueillis. Le pourcentage d'objectifs « obtenus » ou « améliorés » au cours des deux dernières années a servi de base pour la variable</p>

	<p>d'amélioration.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Une série d'analyses de variance (Anova) et analyses chi carré ont été utilisées pour examiner les variables de gestion de cas, les variables démographiques des patients, les variables démographiques du processus des gestionnaires de cas et les résultats de consommation en fonction de l'ensemble des attentes des gestionnaires de cas. Pour ces analyses, l'échantillon a été divisé en deux groupes par le score médian : les patients des gestionnaires de cas ayant de fortes attentes et les patients des gestionnaires de cas ayant de faibles attentes.</p> <p>Ensuite, une série de modèles de régression linéaires des effets mixtes ont été utilisés pour comparer les résultats des patients en matière d'emploi et les objectifs à l'aide d'IBM SPSS Statistics (2009).</p>
<b>Résultats</b>	<p><b>Relation entre les variables et le niveau d'attente des gestionnaires de cas (GDC) envers leurs patients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les GDC avec des attentes plus élevées envers leurs patients ont été employés beaucoup moins d'années à leur poste et avaient travaillé pendant moins de temps dans le domaine de la santé mentale.</li> <li>➤ L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont plus élevés chez les GDC ayant des attentes moins élevées.</li> <li>➤ Les GDC ayant moins d'attentes sont d'avantages mécontents à l'égard de leur emploi que les GDC avec des attentes plus élevées.</li> <li>➤ Les GDC avec des attentes plus élevées sont plus optimistes que les autres.</li> <li>➤ Les GDC avec des attentes moins élevées ont d'avantage tendance à être négatifs et à blâmer les personnes atteintes de maladie mentale.</li> <li>➤ Les GDC avec des attentes moins élevées croient d'avantage que les gens souffrant de maladie mentale sont imparfaits et ne méritent pas les mêmes privilèges que les autres.</li> <li>➤ Les GDC avec des attentes plus élevées croient plus que les personnes atteintes de maladie mentale ne sont pas dangereux et doivent être traitées comme toute autre personne. Ils sont plus compréhensifs.</li> <li>➤ Les GDC avec des attentes plus élevées ont plus de contacts directs et indirects avec les patients.</li> <li>➤ Les patients des GDC avec des attentes plus élevées ont fait plus de progrès en matière d'emploi.</li> <li>➤ Les patients des GDC avec des attentes plus élevées ont réalisé de manière beaucoup plus importante les objectifs fixés avec le GDC.</li> <li>➤ Les patients ayant un GDC avec des attentes plus élevées ont passé plus de jours autonomes, moins de jours sous supervision et plus de jours avec un emploi. Par contre, ils ont passé plus de jours à l'hôpital.</li> </ul> <p><b>Attente par rapport au taux de journée de travail, au taux de journée sans supervision et à l'atteinte des objectifs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La valorisation des GDC concernant l'initiative personnelle et les rôles sociaux des patients est significativement corrélée au taux de journée de travail au cours des 2 dernières années.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les attentes des GDC ne sont pas significativement associées aux taux de journée sans supervision et au pourcentage d'amélioration des objectifs.</li> <li>➤ L'épuisement professionnel et les opinions sur la maladie mentale n'ont pas été significativement associés à l'emploi.</li> </ul>
<b>Discussion</b>	<p>La présente étude a examiné la relation entre les attentes des gestionnaires de cas, les variables des patients, les variables des gestionnaires de cas et les résultats pour les patients ayant un diagnostic de schizophrénie.</p> <p>Les gestionnaires de cas avec des attentes plus élevées ont travaillé à leurs postes et dans le domaine de santé mentale sur de plus courtes durées. Ils sont également plus jeunes et peuvent être plus optimistes en général au sujet de leur capacité à aider les gens à se rétablir et étant peut-être moins exposés aux échecs décourageants qui peuvent se produire. De plus, ils sont plus susceptibles d'avoir bénéficié de nouvelles formations plus axés sur le rétablissement.</p> <p>Les patients ayant un gestionnaire de cas avec des croyances plus optimistes au sujet des ressources internes des personnes atteintes de schizophrénie arrivent mieux à gérer l'adversité et ont été employés beaucoup plus de jours. Selon Pajares (2006), les attentes d'efficacité sont considérées comme essentielles à la motivation et à la réussite. Les gestionnaires de cas avec des attentes plus élevées au sujet de l'initiative personnelle peuvent avoir fait part de leur sens le plus positif de l'espoir à leurs patients au sujet de leurs capacités, qui ont ensuite été incorporés dans leur propre auto-schéma et les patients ont donc eu plus de succès dans leur emploi.</p> <p>L'hypothèse sur les attentes des gestionnaires de cas sur la situation de vie n'a pas été prise en charge, contrairement à l'emploi, ou les progrès peuvent se produire de jour en jour. Ceci car les changements dans l'environnement de vie (à l'exception de l'hospitalisation et la crise) peuvent se produire sur une plus longue période, deux ans ne suffisant pas pour évaluer cette variable.</p> <p>En conclusion, deux éléments importants ressortent de cette étude. Premièrement, les résultats suggèrent qu'il est important d'examiner les influences interpersonnelles des professionnels qui travaillent avec des personnes atteintes de maladie mentale en essayant d'expliquer les différences de résultats pour les patients. Deuxièmement, croire en ses capacités ou les attentes d'efficacité interpersonnelles, peut avoir plus d'impact que de croire en des résultats particuliers pour cette personne.</p> <p><b>Perspectives :</b> Les futures recherches devraient peut-être examiner les progrès accomplis en matière d'emploi et de conditions de vie. Ces futures études devraient également s'intéresser à la manière de communiquer les attentes des gestionnaires de cas aux patients.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) L'utilisation des données de consommation d'archives sont la seule méthode de détermination des résultats pour les patients.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Pour moi, cette étude met en évidence une particularité de la psychiatrie. Le soignant est l'objet de soin. Sa prise en charge n'est pas seulement influencée par le soin en lui-même (càd le savoir-faire) mais aussi par son identité individuelle, par ses caractéristiques et ses variables personnelles (savoir-être). Identifier et prendre conscience de cette notion est déjà un grand</p>



pas vers le professionnalisme.

**Critique méthodologique :** L'article est conforme aux normes exigées, la méthodologie est de qualité et les thèmes sont clairs. Les auteurs ont reçu l'aval de la Commission de révision des sujets humains de l'Université de Bowling Green State.

**Recherche 11 : « Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté »**

Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A. & Guex, P. (2007). Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *L'encéphale: Département universitaire de psychiatrie adulte (DP-CHUV)*. 33, 751-761.

<b>Résumé</b>	<p>Cet article traite de l'impact de la désinstitutionalisation sur les acteurs sociosanitaires s'occupant de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et de la mise en place de la collaboration de réseau, qui reste encore difficile à introduire.</p> <p><b>Mots-clés :</b> Réseau sociosanitaire, psychiatrie communautaire, organisation des soins, désinstitutionalisation.</p>
<b>Introduction</b>	<p><b>Enoncé du problème :</b> Malgré l'initiation de la désinstitutionalisation dans les années 1960, ce n'est que depuis une dizaine d'années que la création de secteurs psychiatriques s'accélère. Il est vrai que l'évolution sociale a favorisé un meilleur respect de l'être humain et une appropriation du pouvoir par les patients au dépend du privilège thérapeutique et du contrôle social. Ceci améliore le pronostic et l'espoir d'intégration sociale des troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires.</p> <p>De plus, le développement de structures ambulatoires ou alternatives permet aux institutions de diminuer les coûts de la santé. C'est pourquoi, la coordination avec les services sociaux et les soins de premier recours constituent un enjeu essentiel de la santé publique pour assurer le traitement des troubles psychiatriques sévères dans la communauté.</p> <p>Le travail en réseau dans le traitement des troubles psychiatriques sévères implique l'association de nombreux partenaires communautaires, notamment les patients eux-mêmes, les familles, les médecins généralistes, les infirmières, les soins à domicile, les services sociaux, la justice de paix, la police, etc.</p> <p>Le réseau implique un modèle qui ne considère pas la santé comme un phénomène biologique individuel mais aussi comme un phénomène social. Pour les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques sévères, l'intégration d'un réseau de soins signifie aussi offrir un accès à des services variés durant les périodes de crises aiguës et au-delà, de renforcer la solidarité et l'assistance mutuelle. L'enjeu est également d'introduire une culture et une pratique de l'organisation du travail entre professionnels très différents par leur statut, leur formation, leurs références culturelles et leur registre d'action. Ainsi, chaque réseau doit construire collectivement son projet en tenant compte des aspirations de ses membres et en prenant le temps de la négociation et d'un apprentissage.</p> <p><b>Question de recherche:</b> Le but de cette étude est d'examiner par des méthodes qualitatives, les difficultés rencontrées par les acteurs d'un réseau sociosanitaire dans le suivi des troubles psychiatriques dans la communauté avant la mise en place d'une</p>

	<p>collaboration de réseau.</p> <p><b>Idées et concepts centraux, théorie, hypothèse :</b> Les attentes contradictoires vis-à-vis des secteurs psychiatriques entre soins, contrôle social et respect des libertés individuelles deviennent difficiles à gérer sans une meilleure coordination des services et sans le soutien des pouvoirs publics.</p>
<b>Méthode</b>	<p><b>Devis :</b> étude qualitative.</p> <p><b>Participants :</b> 25 acteurs du réseau sociosanitaire de la région de Lausanne et impliqués dans le suivi des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ont été interrogés entre décembre 2001 et mars 2002. Il s'agissait de 2 médecins, 4 infirmières en psychiatrie, 2 infirmières de soins à domicile, 3 assistants sociaux, la directrice de l'établissement, 2 psychiatres privés, 1 juge de paix, 2 policiers, etc. Les services de l'hôpital psychiatrique adulte du CHUV comptent 107 lits aigus et des centres de consultation ambulatoire en ville. Les soins psychiatriques de la région sont organisés en secteurs.</p> <p><b>Méthode de récolte des données :</b> Tout d'abord, 25 entretiens individuels semi-directifs d'environ une heure chacun ont été effectués, enregistrés et retranscrits. Les questions abordaient les soins, les problèmes de collaboration et l'avenir souhaité pour cette collaboration. Un bref questionnaire préalable sur les populations suivies et sur les partenaires de réseau des participants a servi de point de départ aux entretiens.</p> <p>Ensuite, six groupes de discussions ont été formés et ont abordés les thèmes dégagés des entretiens initiaux : les caractéristiques des patients dont le maintien à domicile est difficile, la collaboration entre institutions, la gestion des situations de crise et ce que chacun attend des autorités de santé publique.</p> <p><b>Méthode d'analyse des données :</b> Les auteurs ont utilisé un cadre conceptuel adapté de Parson (1977), de Tansella et Thornicroft (1998) pour transcrire et analyser les données par thèmes. Dans ce cadre précis, il s'agit d'examiner les valeurs des différents acteurs et des institutions concernés (ex de valeurs: favoriser l'autonomie ou la protection de la personne), de voir comment ces valeurs ont une influence sur la manière d'intervenir auprès des personnes et enfin quelles interactions cela provoque avec les autres acteurs ou institutions concernés (ex : police).</p>
<b>Résultats</b>	<p>Les obstacles principaux identifiés par les acteurs du réseau pour le maintien à domicile des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères sont résumés ici.</p> <p><b>Population</b></p> <p><b>La psychiatrie est désignée comme parent pauvre de la santé.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les acteurs sont désabusés face à la cohérence de la politique de santé mentale ou la logique de répartition des ressources.</li> <li>➤ Les acteurs affichent un sentiment d'abandon par les pouvoirs publics, ils ne se sentent pas entendus.</li> <li>➤ Leur besoins, leurs attentes et la répartition inéquitable des ressources ne sont pas pris en compte. (ex : les psychiatres privés sont débordés.</li> </ul>

- Besoins formulés par les acteurs : définir des objectifs prioritaires pour certaines populations cibles ainsi que des ressources nécessaires pour y parvenir.

**Les rapports de pouvoir et leur modification sont une grande préoccupation des acteurs du réseau.**

- Les médecins ne décident plus seuls, ils sont confrontés aux exigences d'information et de liberté de choix du patient, aux pressions économiques et aux exigences plus élevées des proches quant à leur implication.
- Ceci est vécu par les acteurs comme ambivalent et insécurisant. Quelle place a le patient dans les soins ?

**Il y a clairement un conflit entre la contrainte et les valeurs éthiques d'autonomie.**

- Cela engendre des conflits entre les intervenants et les institutions autour de la gestion des situations difficiles.
- Les soignants des hôpitaux psychiatriques ont le sentiment d'être accusé d'abus de pouvoir sur les patients et les acteurs externes reprochent aux hôpitaux de ne pas assumer leur responsabilité dans le contrôle social.

#### **Institution**

- Les acteurs constatent leur impuissance lorsqu'ils restent isolés les uns des autres et la nécessité de la notion de complémentarité des partenaires du réseau.
- Les intervenants de première ligne (ex : police, infirmière à domicile) soulignent la difficulté actuelle de réunir les compétences légales, psychiatriques et de sécurité dans les urgences à domicile. Ils renoncent fréquemment à l'expertise psychiatrique après avoir appelé en vain le psychiatre du patient.

**La difficulté de faire le lien entre l'hôpital et la communauté à la sortie de l'hôpital et le manque de préparation des sorties sont unanimement critiqués.**

- Avant, l'organisation en secteur permettait de garder les situations difficiles à l'intérieur du système de soins psychiatriques, en gardant une relation privilégiée avec le patient. Aujourd'hui, d'autres acteurs sont sollicités, sans possibilité de limiter les accès à ces ressources sous prétexte d'un trouble psychiatrique sévère.

**Les personnes les plus souffrantes n'ont plus accès aux soins ambulatoires non-urgents (ex : psychiatre) et ont tendance à recourir à l'urgence, ce qui augmente l'engorgement dans les services d'urgences.**

- La déstigmatisation des troubles mentaux ont pour conséquences une augmentation des demandes psychiatriques pour de nombreuses personnes pour lesquelles cette question ne se posait pas.
- Les psychiatres sont débordés, difficile à contacter, distants et n'offrent plus de places dans des délais raisonnables.

**Le besoin de suivi dans le milieu de vie est un développement majeur pour le traitement des troubles psychiatriques.**

- Le but est de prévenir les rechutes, de faciliter la collaboration au traitement ou comme alternative à l'hospitalisation.
- L'intervention devrait dépasser les soins et favoriser une véritable insertion dans leur environnement.

	<p><b>Réseau</b></p> <p><b>Les institutions paraissent très cloisonnées. « Tout est fait pour qu'on ne sache pas comment se parler d'un service à l'autre ».</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sans soutien, les échanges se fondent sur les relations personnelles entre individus qui se connaissent et c'est cela qui permet de passer au-delà des obstacles pour commencer à élaborer de vrais réseaux de collaboration.</li> </ul> <p><b>Les ressources pour le travail en réseau restent aujourd'hui très faibles et mal reconnues.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le travail en réseau prend du temps, l'intérêt n'est qu'indirect pour les institutions et il n'apporte aucun revenu. « 50% de notre temps et de notre énergie c'est des réseaux, des téléphones, se mettre au courant [...] ».</li> </ul> <p><b>Le travail de la police est mal reconnu et n'est pas intégré.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ils se sentent peu écoutés, ils auraient besoins d'être éclairés, soutenus sur certains aspects des troubles psychiatriques et aimeraient savoir comment communiquer avec les patients en crise (ex : suicidaire).</li> <li>➤ Le rôle du secteur doit donc évoluer et ne pas seulement offrir des prestations de services mais offrir des formations ou de la supervision pour augmenter les compétences des intervenants de première ligne.</li> </ul> <p><b>Individu</b></p> <p><b>La population cible est mal définie.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les médecins et infirmières en hôpital mettent l'accent autour de la guérison ou la stabilisation de la maladie (psychose, dépression, trouble du comportement) et les personnes qui interviennent ambulatoirement ou à domicile mettent l'accent sur l'intégration sociale.</li> <li>➤ Une bonne partie de la population à domicile ou en ambulatoire ne pose pas de problème.</li> <li>➤ En revanche, les intervenants de toute provenance éprouvent des difficultés à suivre des personnes peu collaborantes, qui refusent les traitements, qui sont très isolées socialement et qui sont dans une précarité économique.</li> <li>➤ La comorbidité (alcool, drogue), les décompensations aiguës psychotiques et les idées suicidaires sont les situations de crises posant le plus de problèmes aux différents partenaires du réseau (médecins, soignants, policier, etc).</li> </ul>
<p><b>Discussion</b></p>	<p>Cette étude part du regard des acteurs du terrain pour mettre en évidence les problèmes rencontrés et pour établir une collaboration en réseau auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères. Elle révèle une conscience aiguë des problèmes par les acteurs ainsi que leur volonté de développer des solutions qui leur semblent pertinentes.</p> <p>Les acteurs perçoivent les services psychiatriques comme trop centrés sur eux-mêmes et sur l'articulation de leur propres composantes, au dépend d'une collaboration avec les autres acteurs.</p>

	<p>Aujourd'hui, le respect des libertés individuelles de l'utilisateur prime sur le privilège thérapeutique, les séjours hospitaliers sont raccourcis et de multiples partenaires dans la communauté sont sollicités, non seulement dans des périodes de stabilité mais aussi en situation de crise. Ces partenaires demandent, plus d'ouverture, de respect, de reconnaissance et d'information. Le changement le plus important concerne donc les valeurs du réseau et la place du patient comme citoyen libre et responsable, plutôt que dépendant et sous contrôle, alors que les outils pour y faire face ne semblent pas encore en place. En vue de la diversité des missions des acteurs impliqués et de l'intrication des problématiques sociales, comportementales et psychiatriques, une intégration structurelle de ces services est illusoire : cette intégration doit rester virtuelle dans une coopération de réseau entre des services qui reconnaissent leur autonomie réciproque, leurs différences et leur complémentarité.</p> <p>Malgré l'organisation de secteurs, certains patients souffrant de troubles sévères n'ont accès qu'à des services de première ligne ou aux services d'urgence, ce qui augmente la proportion d'hospitalisation. Ainsi la coopération dans les réseaux est rendue à la fois nécessaire et complexe par l'imbrication des problématiques sociales et psychiatriques, le nombre de personnes impliquées et les aspects émotionnels liés aux troubles psychiatriques. C'est pourquoi les acteurs de soins demandent un politique de santé mentale plus claire, mieux ciblée et un « accès facilité » aux soins en amont de l'urgence. Le suivi intensif dans le milieu de vie remplit à l'évidence un chaînon manquant dans la filière des soins. Pour être efficace, cette intervention doit pouvoir être reliée à un suivi de plus longue durée. Il y a là une opportunité pour une véritable concertation afin de trouver une solution qui implique plusieurs partenaires du réseau en amont de la crise psychiatrique.</p> <p><b>Perspectives :</b> Etre entendus et légitimés au travers d'une recherche a constitué une base essentielle pour une collaboration, même si les constats sont négatifs, pourvu qu'ils soient partagés. Cette étude a accéléré le processus de négociation entre les partenaires et les a aidés à identifier plus clairement leurs attentes. Elle a donné une pertinence suffisante pour rencontrer les attentes des autorités de santé publique afin de favoriser une organisation en réseau.</p> <p>D'autres études seraient nécessaires pour examiner avec plus de précision les chemins d'accès aux soins, en prenant soins d'inclure les acteurs hors du réseau de soins au sens strict du terme.</p> <p><b>Limites de cette étude :</b> (1) La position subjective des intervenants.</p>
<b>Propre questionnement et conclusion</b>	<p>Cette étude ne parle pas directement du vécu des soignants lors de soins au long cours mais c'est aussi, comme mentionné dans ma problématique, en prenant en compte l'ensemble du contexte de la psychiatrie (que ce soit les aspects institutionnels ou les aspects relationnels) que l'on pourra aborder et répondre à ma question de recherche. La chronicité et les soins au long cours impliquent non seulement un suivi hospitalier mais également un suivi dans la communauté. C'est pourquoi j'ai trouvé pertinent d'inclure cet article dans mon travail.</p> <p><b>Critique méthodologique :</b> La méthodologie est claire, les critères sont respectés.</p>